Deutscher Bundestag **Drucksache 18/10707**

17. Wahlperiode 15. 12. 2016

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Sechster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 14. Dezember 2016 gemäß § 10 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Einleitung

Gemäß § 10 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) hat die Bundesregierung alle vier Jahre den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu berichten. Der hier vorliegende Pflegebericht ist der sechste seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 und stellt in Abweichung zu den vorherigen Berichten einen Zeitraum von fünf Jahren – 2011 bis 2015 – dar. Die vom Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015 beschlossene einmalige Erweiterung des Berichtszeitraums ermöglicht es, neben den Effekten des in wesentlichen Teilen zum 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) auch die Effekte des zum 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) abzubilden.

Mit dem PNG und dem PSG I hat der Gesetzgeber Leistungsausweitungen und strukturelle Änderungen der Pflegeversicherung eingeführt. Damit verfolgte er das Ziel, die Leistungen noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auszurichten und darüber hinaus die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorzubereiten. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Jahr 2015 eine Studie zur Inanspruchnahme der Leistungen, zur Zufriedenheit mit diesen Leistungen sowie zu möglichen Barrieren einer Inanspruchnahme in Auftrag gegeben. Die hierfür durchgeführte repräsentative Befragung von pflegebedürftigen Personen, Hauptpflegepersonen, Pflegediensten und Pflegeheimen knüpft an zwei frühere, im Auftrag des BMG durchgeführte Studien "Wirkungen der Pflegeversicherung" (2000) sowie "Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes" (2011) an. Im Bericht wird die aktuelle Studie als „Evaluationsstudie“ bezeichnet.

Der Sechste Pflegebericht zeigt, dass die Leistungen der Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung durch das PNG, vor allem aber durch das PSG I bereits im ersten Jahr seiner Wirksamkeit deutlich ausgebaut und besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen ausgerichtet werden konnten. Dies gilt insbesondere auch für zusätzliche Betreuungsleistungen in der häuslichen Pflege, für die Rehabilitation und Prävention pflegebedürftiger Menschen sowie für die Qualität der Pflege. Anträge der Versicherten auf Leistungen werden von den Pflegekassen schneller bearbeitet. Zudem haben die Maßnahmen der Bundesregierung im Berichtszeitraum zu spürbaren Verbesserungen bei der Qualifizierung und Gewinnung von Pflegepersonal geführt. Die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung ist durch das PSG I verbessert worden, sodass die Vorbereitungen für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs fristgerecht umgesetzt wurden. Der Sechste Pflegebericht enthält beispielsweise folgende wichtige Ergebnisse:

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

- Die Zahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung ist im Zeitraum von 2011 bis 2015 von 2,3 auf 2,7 Mio. Menschen gestiegen (+ 17 Prozent). Die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung haben im gleichen Zeitraum von rd. 20,9 auf rd. 26,6 Mrd. Euro zugenommen (+27 Prozent).
- Der Anteil der Bezieher von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen (derzeit weniger als 13 Prozent) ist seit vielen Jahren in etwa konstant und seit einigen Jahren sogar leicht rückläufig.
- Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen: Die mit dem PSG I hier eingeführten deutlichen Leistungsausweitungen kommen bei den Betroffenen an: Gab die Pflegeversicherung im Jahr 2011 noch rd. 103 Mio. Euro dafür aus, ist der entsprechende Ausgabenposten bis zum Jahr 2015 bereits auf knapp 305 Mio. Euro gestiegen.
- Im Zehnjahres-Zeitraum 2003 – 2013 hat sich die Zahl der in der Altenpflege Beschäftigten um ca. 40 Prozent erhöht (2003: ca. 712.000, 2013: ca. 1 Mio.). Im Vergleich zum Jahr 2011 gab es 2013 rd. 6 Prozent mehr Beschäftigte in der Langzeitpflege.
- Die Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegeausbildung ist nach den Daten der Schulstatistik im Berichtszeitraum um rund 31 Prozent auf einen neuen Höchststand von 68.000 im Schuljahr 2015/2016 gestiegen.
- Die Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte wird basierend auf den Ausgabensteigerungen für das Jahr 2015 auf rd. 48.000 geschätzt.
- Die Ergebnisse der Studie zur Evaluation zusätzlicher Betreuung nach § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in stationären Pflegeeinrichtungen bestätigen zudem, dass die zusätzlichen Betreuungskräfte dazu beitragen, den Pflegealltag in den Einrichtungen für die Pflegekräfte spürbar zu verbessern.
- Vom Jahr 2014 auf das Jahr 2015 hat sich die Reha-Empfehlungsquote bei beantragten ambulanten Leistungen von 1,0 auf 2,3 Prozent erhöht.
- Die Anträge der Versicherten auf Leistungen werden schneller bearbeitet. Nur bei weniger als einem Prozent der Erstanträge dauert die Begutachtung mehr als fünf Wochen, im Jahr 2011 waren dies noch 28 Prozent der Fälle.
- Das neue Konzept zur Entbürokratisierung und zur Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation findet bundesweit sehr großen Anklang in den Pflegeeinrichtungen. Bis Dezember 2015 hatten sich bereits 8.104 stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen als Teilnehmer registrieren lassen, das entspricht einem Drittel sämtlicher Pflegeeinrichtungen in Deutschland.

Der Zeitraum des vorliegenden Berichts bildet die gesetzlichen Vorarbeiten zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und zur Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs zu

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

den Leistungen der Pflegeversicherung für alle Pflegebedürftigen, unabhängig von der Art der Beeinträchtigungen, ab.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 konnte die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen maßgeblich verbessert werden. In der Fachwelt wurde jedoch bereits früh darauf hingewiesen, dass die besonderen Hilfebedarfe von kognitiv und psychisch beeinträchtigten Menschen – also von Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz – mit der ursprünglichen Definition der Pflegebedürftigkeit im SGB XI nicht angemessen berücksichtigt werden konnten. Der Gesetzgeber hat deshalb 2002 mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG), 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) und dem in wesentlichen Teilen am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen PNG Schritt für Schritt Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt und ausgeweitet.

Mit dem PflEG beschränkten sich diese Maßnahmen auf die Gewährung eines zusätzlichen Betreuungsbetrages für die Inanspruchnahme von qualitätsgesicherten Betreuungsleistungen in Höhe von 460 Euro jährlich, der im Jahr 2008 mit dem PfWG auf bis zu 100 Euro monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag) gestiegen ist und dann erstmals auch von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz mit einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I (sog. „Pflegestufe 0“) in Anspruch genommen werden konnte. Für diese Personen wurden dann im Vorgriff auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem PNG auch erstmals Pflegegeld- und Pflegesachleistungsansprüche geschaffen. Darüber hinaus wurden mit diesem Gesetz erhöhte Pflegegeld- und Pflegesachleistungsansprüche für Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt. Dies war bereits ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung von Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen.

Mit dem PSG I wurden diese Verbesserungen fortgeführt und ausgeweitet. Im Vorgriff auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Zweites Pflegestärkungsgesetz) wurden bereits in vielen Leistungsbereichen die Anspruchsvoraussetzungen für alle Pflegebedürftigen einheitlich ausgestaltet. Personen in der sog. „Pflegestufe 0“ erhielten Zugang zu allen ambulanten Leistungen wie Leistungen Kurzzeitpflege, den Zuschlag für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen, zur Anschubfinanzierung für die Gründung ambulant betreuter Wohngruppen sowie zu Leistungen der teilstationären Tages-/Nachtpflege. Gleichzeitig wurden aber auch die Leistungen der §§ 45b und 87b SGB XI, die bisher nur Pflegebedürftigen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz zustanden, für den Kreis der überwiegend körperlich beeinträchtigten Pflegebedürftigen zugänglich gemacht.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Nicht zuletzt wurden mit dem PSG I erstmals auch sämtliche Leistungen der Pflegeversicherung auf der Basis von § 30 SGB XI (Prüfung der Dynamisierung von Leistungen) an die Preisentwicklung der vergangenen drei Jahre angepasst und damit angehoben: Die Dynamisierung der Leistungen erfolgte in einem Umfang von 4 Prozent, für alle mit dem PNG eingeführten Leitungen in einem Umfang von 2,67 Prozent. Inhaltliche Leistungsausweitungen erfolgten darüber hinaus insbesondere bei den zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Einrichtungen, im Bereich der Kurzzeit-, Verhinderungs-, Tages- und Nachtpflege sowie bei den Zuschüssen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen für alle Pflegebedürftigen.

In den Jahren 2012 bis 2015 wurde außerdem die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingehend vorbereitet. So hat der im Jahr 2012 eingerichtete Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in seinem Bericht vom Juni 2013 wertvolle Hinweise zur Ausgestaltung der Einführung des neuen Begutachtungsinstruments und für die Gestaltung der gesetzlichen Vorschriften gegeben. In den Jahren 2014 und 2015 konnten der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren zudem in zwei wissenschaftlichen Studien systematisch angewandt und erprobt werden.

Der Bericht stellt diese und weitere gesetzliche sowie untergesetzliche Maßnahmen im Bereich der Pflege und der Pflegeversicherung systematisch dar und bildet ab, mit welchen Wirkungen die Maßnahmen jeweils verbunden waren. Er ist wie folgt gegliedert:

Kapitel 1 beschreibt die Herausforderungen, vor denen der Gesetzgeber im Berichtszeitraum stand, so insbesondere die Notwendigkeit, die Versorgung demenziell erkrankter Menschen zu verbessern, pflegende Angehörige bedarfsgerecht zu unterstützen, das Fachpersonal gezielt zu fördern und Ehrenamtliche in ihrem Engagement zu stärken. Deshalb sollte die Pflegeversicherung mit dem Ziel weiterentwickelt werden, allen Leistungsempfängern den gleichen Zugang zu Leistungen zu ermöglichen, unabhängig davon, ob ihre Pflegebedürftigkeit körperlich, psychisch oder geistig bedingt ist.

Kapitel 2 konzentriert sich auf die Maßnahmen und Auswirkungen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) aus dem Jahr 2012/13 und des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) des Jahres 2015 als Antworten auf die in Kapitel 1 genannten Herausforderungen. Die Evaluationsstudie des PNG und PSG I liefert dazu wichtige Hinweise zur Inanspruchnahme der durch die beiden Gesetze verbesserten und ausgeweiteten Leistungen des SGB XI.

Kapitel 3 beinhaltet Zahlen, Daten und Fakten zu allen Aspekten der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung in Deutschland.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Insgesamt macht der Bericht deutlich, dass rund um das 20-jährige Jubiläum der Einführung der Pflegeversicherung in diesem Politikfeld wichtige Leistungsverbesserungen umgesetzt wurden. Im Berichtszeitraum konnte die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs systematisch vorbereitet werden. Mit dem Zweiten und dem Dritten Pflegestärkungsgesetz wird der eingeschlagene Weg konsequent fortgesetzt. Ziel aller Maßnahmen ist eine nachhaltige Verbesserung der Situation der pflegebedürftigen Menschen, ihrer Angehörigen und der Pflegekräfte.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 2

Inhaltsverzeichnis 7

Tabellenverzeichnis 11

Abbildungsverzeichnis 17

1. Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland - Herausforderung für die pflegerische Versorgung und die Pflegeversicherung 18

1.1. Körperlich, geistig und psychisch bedingte Pflegebedürftigkeit 20

1.2. Pflege durch Angehörige 22

1.3. Pflegepersonal 24

1.4. Ambulante Versorgung 27

1.5. Stationäre Versorgung 29

1.6. Pflege vor Ort, Beratungs- und Informationsbedarf 30

1.7. Finanzierung von Pflege und Pflegeversicherung 31

2. Antworten auf die Herausforderung: Maßnahmen zur gezielten Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung 33

2.1. Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 34

2.1.1. Leistungsrechtliche Verbesserungen im Hinblick auf eine Gleichbehandlung körperlich, psychisch und geistig bedingter Pflegebedürftigkeit 35

2.1.2. Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs - Vorbereitung 44

2.1.3. Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz 46

2.1.4. Stärkung des Grundsatzes Prävention und Rehabilitation vor Pflege (§ 5, § 18 Abs. 1 und 6 SGB XI, § 18a SGB XI, § 31 Absatz 3 i. V. m. § 14 SGB IX) 51

2.2. Stärkung pflegender Angehöriger 56

2.3. Verbesserung der Personalsituation 64

2.3.1. Gewinnung und Erhalt von Pflegepersonal 64

2.3.2. Entbürokratisierung 73

2.4. Stärkung der ambulanten Versorgung 75

2.4.1. Förderung von Wohnraum und altersgerechten Quartieren 75

2.4.2. Verbesserungen für ambulant versorgte Pflegebedürftige 78

2.4.3. Förderung ambulanter gemeinschaftlicher Wohnformen 83

2.5. Verbesserung der voll- und teilstationären Versorgung 86

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2.6. Beratung und Information, Stärkung der Pflege vor Ort ... 93
2.6.1. Beratung und Information ... 93
2.6.2. Förderung und Stärkung der Pflege vor Ort ... 97
2.7. Erhalt der finanziellen Stabilität der Pflegeversicherung ... 102
2.8. Qualitätsprüfungen; Informationspflichten der Einrichtungen, Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen ... 104
2.9. Stärkung der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Behinderung ... 110
2.10. Stärkung der pflegerischen Versorgung von Menschen mit einer Suchtproblematik ... 112
2.11. Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege ... 113
2.12. Stärkung der pflegerischen Versorgung in der letzten Lebensphase ... 114
2.13. Technische und digitale Innovationen im Pflegebereich nutzen ... 114
3. Stand der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung ... 116
3.1. Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick ... 116
3.1.1. Leistungsverbesserungen durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz ... 118
3.1.2. Leistungsverbesserungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz ... 119
3.2. Leistungsempfänger ... 121
3.2.1. Leistungsempfänger der SPV/PPV insgesamt ... 121
3.2.2. Leistungsempfänger nach Pflegestufen ... 123
3.2.3. Leistungsempfänger nach Leistungsarten ... 126
3.2.4. Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht ... 128
3.3. Finanzielle Entwicklung ... 130
3.3.1. Finanzentwicklung und Ausgabenstruktur der SPV ... 130
3.3.2. Finanzentwicklung und Ausgabenstruktur der PPV ... 132
3.4. Begutachtung durch die Medizinischen Dienste und MEDICPROOF ... 134
3.4.1. Begutachtung durch die Medizinischen Dienste ... 134
3.4.2. Begutachtung durch MEDICPROOF ... 149
3.5. Hilfe zur Pflege ... 157
3.6. Pflegeinfrastruktur ... 158
3.6.1. Ambulante Pflegedienste ... 159
3.6.2. Pflegeheime ... 159
3.6.3. Teilstationäre Angebote ... 159

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.6.4. Kurzzeitpflege(plätze) ... 160
3.6.5. Ambulant betreute Wohngruppen ... 161
3.6.6. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote ... 161
3.6.7. Pflegeberatung/Pflegestützpunkte ... 162
3.6.8. Gesamtversorgungsverträge ... 165
3.7. Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff SGB XI ... 166
3.7.1. Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen ... 170
3.8. Vergütung ... 172
3.8.1. Vereinbarungen in den Ländern ambulant (§ 89 SGB XI) ... 172
3.8.2. Tages- und Nachtpflege ... 173
3.8.3. Kurzzeitpflege ... 174
3.8.4. Vollstationäre Pflege ... 176
3.8.5. Zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen ... 178
3.9 Investitionskostenförderung durch die Länder ... 180
3.10 Personal ... 183
3.10.1 Beschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (§ 109 SGB XI) 183
3.10.2 Berufsabschlüsse der Beschäftigten in ambulanten/stationären Pflegeeinrichtungen ... 184
3.10.3 Beschäftigungsverhältnisse in der Pflege (Voll- und Teilzeit) ... 185
3.10.4 Entwicklung der Beschäftigung in der Langzeitpflege ... 187
3.10.5 Altenpflegeausbildung ... 188
3.10.6 Finanzierung der Ausbildungsvergütung inkl. landesweiter Ausbildungsvergütungsumlagen ... 190
3.10.7 Umschulungsmaßnahmen ... 192
3.10.8 Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse ... 194
3.11 Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalten ... 195
4. Ausblick ... 197
Abkürzungsverzeichnis ... 203
Anhang ... 208
Anhang A: Forschungsvorhaben und Studien ... 209
Anhang B: Chronologie der Ereignisse ... 221

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Anhang C: gesetzliche Maßnahmen im Berichtszeitraum 224
Anhang D: Koalitionsvertrag 17. Legislaturperiode 230
Anhang E: Koalitionsvertrag 18. Legislaturperiode 232
Anhang F: Große Anfrage/Kleine Anfrage: Pflege im Berichtszeitraum 235
Anhang G: Tabellen 239

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgabenentwicklung (in Mio. Euro) der ambulanten Leistungen für Personen mit der sog. „Pflegestufe 0“ 37
Tabelle 2: Jährliche Ausgaben (in Mio. Euro) für zusätzliche ambulante Betreuungsleistungen (ab 2015 Betreuungs- und Entlastungsleistungen) für die Jahre 2011-2015 40
Tabelle 3: Gründe für die Nichtinanspruchnahme zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Prozent (Mehrfachantworten waren möglich) 42
Tabelle 4: Angebot an bestimmten, präventiven Angeboten sowie deren Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten (insgesamt und aufgrund einer MDK-Empfehlung bzw. einer ärztlichen Verordnung (in Prozent) 55
Tabelle 5: Gründe, warum die Möglichkeit zur beruflichen Freistellung (bis zu 10 Tagen) aufgrund kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nicht genutzt wurde (Mehrfachnennungen waren möglich) 59
Tabelle 6: Bekanntheit der Regelungen bzgl. der Kurzzeit- und Verhinderungspflege 61
Tabelle 7: Förderung der Selbsthilfe aus Mitteln der Pflegeversicherung - 2011 bis 2015 in Mio. Euro 63
Tabelle 8: Bezahlung nach gültigem Verbandstarifvertrag, nach Haustarifvertrag oder ohne tarifvertragliche Bindung nach West und Ost (Angaben in Prozent gerundet; stationär machten 1 Prozent, ambulant 2 Prozent der befragten Pflegeeinrichtungen keine Angaben) 65
Tabelle 9: Ausgaben der Pflegeversicherung (in Mio. Euro) für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 Absatz 4 SGB XI) 78
Tabelle 10: Gründe für die Nichtbeantragung von Zuschüssen zu baulichen Veränderungen (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Prozent; Mehrfachnennungen möglich) 79
Tabelle 11: Ausgaben der Pflegeversicherung (in Mio. Euro) für Pflegehilfsmittel (§ 40 Absatz 2 und 3 SGB XI) 80
Tabelle 12: Zahl der Empfänger der Leistung Pflegehilfsmittel (unter Annahme vollständiger Ausschöpfung des Leistungsbetrags) 80
Tabelle 13: Inanspruchnahme des Wohngruppenzuschlags (§ 38a SGB XI): Ausgaben und Empfänger 2012-2015 84
Tabelle 14: Ausgaben der der Pflegeversicherung zur Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen (§ 45e SGB XI) 2013-2015 84
Tabelle 15: Durchschnittliches zusätzliches Betreuungspersonal in stationären Pflegeeinrichtungen 87
Tabelle 16: Abschluss von Kooperationsverträgen von stationären Pflegeeinrichtungen mit Zahn- und unterschiedlichen Fachärzten 91

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 17: Anzahl der Verträge/Kooperationen für die ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen, Verträge nach § 119b SGB V oder andere Kooperationsformen (seit 2014) 92
Tabelle 18: Ort der Pflegeberatung: Leistungsbezieher der Pflegeversicherung ab 2013 93
Tabelle 19: Zeitraum bis zur ersten Beratung nach Antragstellung; Angaben in Prozent 94
Tabelle 20: Angaben, wie hilfreich/verständlich Informationen waren, die Pflegebedürftige erhalten hatten. 94
Tabelle 21: Angebote zur Gewaltprävention in stationären und ambulanten Einrichtungen 109
Tabelle 22: Entwicklung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung 2011-2015 116
Tabelle 23: Gesamtzahl der Leistungsbezieher SPV am Jahresende 122
Tabelle 24: Gesamtzahl der Leistungsbezieher PPV am Jahresende 123
Tabelle 25: Leistungsempfänger (SPV und PPV) nach Pflegestufen im ambulanten Bereich 123
Tabelle 26: Leistungsempfänger (SPV und PPV) nach Pflegestufen im stationären Bereich 124
Tabelle 27: Jahresergebnis* der sozialen Pflegeversicherung in Milliarden Euro 131
Tabelle 28: Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung in Milliarden Euro 132
Tabelle 29: Entwicklung der Leistungsbezieher, Einnahmen und Ausgaben der SPV 132
Tabelle 30: Leistungsbezieher der PPV sowie Volumen der jährlichen Einnahmen durch die Versichertenprämien und Volumen der jährlichen Leistungsausgaben der PPV (in Mrd. Euro) 2011-2015 133
Tabelle 31: Im Berichtszeitraum durchgeführte Regelbegutachtungen in den Medizinischen Diensten differenziert nach Art der beantragten Leistungen 137
Tabelle 32: Ergebnisse der gutachterlichen Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz differenziert nach Pflegestufenempfehlung bei Erstbegutachtungen für das Jahr 2015 140
Tabelle 33: Ergebnisse der gutachterlichen Feststellung gemäß § 45a SGB XI differenziert nach Pflegestufenempfehlung bei Erstbegutachtungen für das Jahr 2015 140
Tabelle 34: Anzahl der Erstanträge beim MD differenziert nach gesetzlicher Frist (§ 18 Abs. 3 SGB XI) vom Zeitpunkt der Antragstellung auf Leistungen der SPV bis zur Bescheid-Erteilung durch die Pflegekasse 141
Tabelle 35: Erledigungsdauer für Regelbegutachtungen 2015 im MD differenziert nach beantragter Leistungsart für Fälle, die unter die in § 18 Abs. 3b SGB XI genannten Regelungen fallen 142
Tabelle 36: Zusatzzahlungen bei Fristüberschreitungen der Bearbeitungsfristen von Anträgen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (§ 18 Abs. 3b SGB XI) 2013-2015 143
Tabelle 37: Empfehlungen für präventive Leistungen und Heilmitteln, an allen durchgeführten Regelbegutachtungen 146
Tabelle 38. Ergebnisse der gutachterlichen Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz differenziert nach Pflegestufenempfehlung bei Erstbegutachtungen für das Jahr 2015 153

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Tabelle 39. Ergebnisse der gutachterlichen Feststellung gemäß § 45a SGB XI differenziert nach Pflegestufenempfehlung bei Erstbegutachtungen für das Jahr 2015 153
Tabelle 40: Anzahl und Anteil der Regelbegutachtungen mit 5-Wochen-Frist bei MEDICPROOF, bei denen MEDICPROOF die Verzögerung nicht zu vertreten hatte, differenziert nach Erledigungsdauer und beantragter Leistungsart - 2014/2015 155
Tabelle 41: Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI: nach Anzahl und Art der Leistung 158
Tabelle 42: Jährliche Ausgaben für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen 2011-2015 161
Tabelle 43: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen aller gesetzlichen Pflegekassen 2011-2015 163
Tabelle 44: Pflegestützpunkte - Anzahl und Trägerstrukturen in den Bundesländern (2015) 163
Tabelle 45: Anzahl der durchgeführten Pflegequalitätsprüfungen (§ 114 SGB XI) beim MDK 2011-2015 168
Tabelle 46: Anzahl der durchgeführten Pflegequalitätsprüfungen (§ 114 SGB XI) Prüfdienst der PKV 2011-2015 169
Tabelle 47: Durchschnittliche Pflegesätze und Kosten für Unterkunft und Verpflegung für den teilstationären Bereich 2011-2015 173
Tabelle 48: Durchschnittliche Pflegesätze und Kosten der Unterkunft und Verpflegung für die Kurzzeitpflege (eingestreute Betten und separate Abteilungen) 174
Tabelle 49: Durchschnittliche monatliche Pflegesätze und Kosten der Unterkunft und Verpflegung für die Kurzzeitpflege (eingestreute Betten und separate Abteilungen) 175
Tabelle 50: Durchschnittliche Pflegesätze und Kosten der Unterkunft und Verpflegung für die Kurzzeitpflege (Solitäreinrichtungen) 175
Tabelle 51: Durchschnittliche monatliche Pflegesätze und Kosten der Unterkunft und Verpflegung für die Kurzzeitpflege (Solitäreinrichtungen) 176
Tabelle 52: Durchschnittliche Pflegesätze und Kosten der Unterkunft und Verpflegung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen 177
Tabelle 53: Durchschnittliche monatliche Pflegesätze und Kosten der Unterkunft und Verpflegung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen 177
Tabelle 54: Qualifikationsstufen und Tätigkeitsbereich im ambulanten Bereich - 2013 184
Tabelle 55: Qualifikation und Tätigkeitsbereich im stationären Bereich - 2013 185
Tabelle 56: Struktur der Beschäftigungsverhältnisse im ambulanten und stationären Bereich - 2013 186
Tabelle 57: Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI 187
Tabelle 58: Anzahl Auszubildende in den Pflegeberufen (3-jährige Ausbildung, Bundesgebiet gesamt) 188
Tabelle 59: Neueintritte in die Altenpflegeausbildung (3-jährige Ausbildung + verkürzte Altenpflegeausbildung, Bundesgebiet gesamt) 189

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Tabelle 60: Durchschnittliche Vergütung der Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschüler in den Bundesländern 191
Tabelle 61: Anzahl der Umschulungen zur Pflegefachkraft in der Altenpflege 2011-2015 192
Tabelle 62: Anzahl der Weiterbildungen zur Pflegehilfskraft bzw. zur Altenpflegefachkraft 2011-2015 193
Tabelle 63: Begutachtungen der MDK oder von ihm beauftragte Begutachtungen in Staaten des europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz 2011-2014 196
Tabelle 64: Ausgaben für das Pflegeunterstützungsgeld (kumulierte Quartalswerte) 2015/16 239
Tabelle 65: Verhältnis Versicherte zu Leistungsempfänger in SPV und PPV für 2015 240
Tabelle 66: Leistungsempfänger der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt 2011-2015 241
Tabelle 67: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung) 243
Tabelle 68: Begutachtungsaufkommen beim Medizinischen Dienst in den Jahren 2011-2015 (differenziert nach ambulant/stationär/ §43a/ Kinder und Erwachsene) 245
Tabelle 69: Anzahl der insgesamt durchgeführten Regelbegutachtungen von MEDICPROOF differenziert nach Leistungsart (ambulant und stationär) und Gutachtenart sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr (2011-2015) 246
Tabelle 70: Anzahl der insgesamt durchgeführten Regelbegutachtungen von MEDICPROOF differenziert nach Leistungsart und Gutachtenart sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr (2011-2015) in Prozent 247
Tabelle 71: Untersuchungsort bei Erstantragstellern (MDK) - 2011-2015 248
Tabelle 72: Anzahl der Erstgutachten nach Untersuchungsort und Leistungsart sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr bei MEDICPROOF in Prozent 250
Tabelle 73: Anzahl der Erstgutachten nach Untersuchungsort und Leistungsart sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr bei MEDICPROOF 251
Tabelle 74: Pflegestufenempfehlung und Feststellung von Eingeschränkter Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen (2011-2015) des MDK in absoluten Zahlen 252
Tabelle 75: Pflegestufenempfehlung und Feststellung von Eingeschränkter Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen (2011-2015) des MDK - Anteile 253
Tabelle 76: Pflegestufenempfehlung und Feststellung von Eingeschränkter Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen (2011-2015) des MDK - Anteile Erwachsene/Kinder 254
Tabelle 77: Pflegestufenempfehlung und Feststellung von Eingeschränkter Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen (2011-2015) von MEDICPROOF in absoluten Zahlen 255
Tabelle 78: Pflegestufenempfehlung und Feststellung von Eingeschränkter Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen (2011-2015) von MEDICPROOF in Anteilen 257
Tabelle 79: Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis beim MDK 259
Tabelle 80: Durchschnittliche Bearbeitungsdauer des MDK bei Regelbegutachtungen mit 5-Wochen-Frist; 2011-2015 260

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Tabelle 81: Verzögerungsgründe bei Regelfallbegutachtungen des MDK nach beantragter Leistungsart, die unter die in § 18 Abs. 3b SGB XI genannten Regelungen fallen 261
Tabelle 82: Qualitätsprüfungen von Pflegegutachten (§ 53a SGB XI): Anzahl und Anteil differenziert nach Leistungsbereichen sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 12. Lebensjahr 262
Tabelle 83: Brutto- und Nettoausgaben von Hilfe zur Pflege in Deutschland ab 2011 nach Ort der Leistungserbringung 2011-2014 263
Tabelle 84: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege in Deutschland am Jahresende und im Laufe des Jahres ab 2011 bis 2014 nach Ort der Leistungserbringung und Geschlecht 265
Tabelle 85: Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI: Anzahl und Art der Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern - 2013 266
Tabelle 86: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen - 2011 267
Tabelle 87: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen - 2013 268
Tabelle 88: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen - 2015 269
Tabelle 89: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen ambulant 2011-2015 270
Tabelle 90: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen teilstationär 2011-2015 271
Tabelle 91: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen vollstationär (einschl. KZP) 2011-2015 272
Tabelle 92: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen in Pflegekassen sowie compass 273
Tabelle 93: Gesamtausgaben /davon Personalausgaben der Pflegeberatung der gesetzlichen Pflegekassen sowie compass 274
Tabelle 94: Zahl der von den gesetzlichen Pflegekassen beschäftigten Pflegeberater/innen 275
Tabelle 95: Zahl der von compass beschäftigten Pflegeberaterinnen 2011-2015 275
Tabelle 96: Anzahl der Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Abs. 2 SGB XI 276
Tabelle 97: Durchschnittliche Pflegesätze teilstationär - 2015 277
Tabelle 98: Durchschnittliche Pflegesätze Kurzeitpflege: eingestreute Betten und separate Abteilungen - 2015 278
Tabelle 99: Durchschnittliche Pflegesätze Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen - 2015 279
Tabelle 100: Durchschnittliche Pflegesätze vollstationär (inklusive Eigenanteile der Pflegebedürftigen am Heimentgelt) -2015 280
Tabelle 101: Zahl der Vereinbarungen nach § 87b SGB XI sowie die durchschnittlichen Vergütungszuschläge 281
Tabelle 102: Anzahl der jährlich durchgeführten Pflegequalitätsprüfungen von MEDICPROOF- differenziert nach Leistungsbereichen und Prüfart 282
Tabelle 103: Investitionskostenförderung - Förderansatz, Fördervoraussetzung und Förderbereiche (Stichtag: 31.12.2015) 283
Tabelle 104: Investitionskostenförderung der vollstationären Pflege (einschl. eingestreute Kurzzeitpflege) 284
Tabelle 105: Investitionskostenförderung der solitären Kurzzeitpflege 285

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 106: Investitionskostenförderung der teilstationären Pflege 286
Tabelle 107: Investitionskostenförderung der ambulanten Pflege..... 287
Tabelle 108: Förderung der Länder nach Trägerschaft (privat, freigemeinnützig, öffentlich)..... 288
Tabelle 109: Abbruch der Altenpflegeausbildung ohne Berufsabschluss..... 289
Tabelle 110: Finanzierung der Altenpflegeausbildung in den Bundesländern (Stand: 2015)..... 290
Tabelle 111: Linkliste zu Landesgesetzen zur Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen 292

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Abbildungsverzeichnis

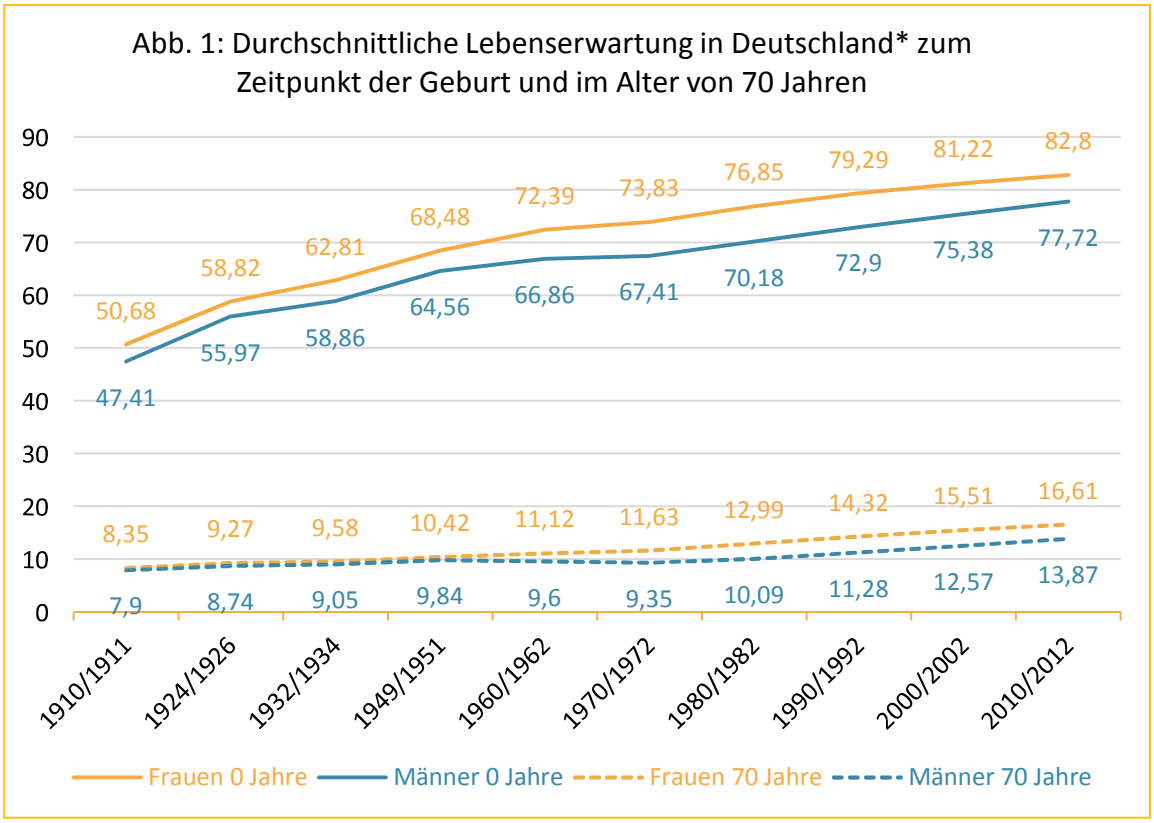
Abbildung 1: Durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland 18
Abbildung 2: Leistungsempfänger der SPV am Jahresende nach Altersgruppen 19
Abbildung 3: Zusammengefasste Geburtenziffer (durchschnittliche Kinderzahl je Frau im Alter von 15-49 Jahren) in Deutschland (1960-2015) 19
Abbildung 4: Anteil der Pflegegeldempfänger an den ambulanten Leistungsempfängern 22
Abbildung 5: Anzahl der ambulanten Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 2000-2015 27
Abbildung 6: Haushalte in Deutschland (mit Vorausberechnung) 27
Abbildung 7: Anzahl der über 65-jährigen je 100 Menschen zwischen 20 und 65 Jahren 31
Abbildung 8: Unterstützung für die Pflege von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (EA) in der ambulanten Pflege (Pflegegeld): vor und nach PNG (2013) sowie nach PSG I (2015) 118
Abbildung 9: Unterstützung für die Pflege von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (EA) in der ambulanten Pflege (Pflegesachleistungen): vor und nach PNG (2013) sowie nach PSG I (2015) 119
Abbildung 10: Leistungsbezieher der SPV nach Pflegestufen und Personen mit (erheblich) eingeschränkter Alltagskompetenz am Jahresende im ambulanten und stationären Bereich 126
Abbildung 11: Entwicklung Leistungsempfänger der SPV 2011-2015 128
Abbildung 12: Leistungsempfänger SPV nach Alter und Geschlecht in 2015 128
Abbildung 13: Leistungsempfänger SPV 2011-2015 nach Leistungsbereich 129
Abbildung 14: Entwicklung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung 2011-2015 130

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

1. Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland - Herausforderung für die pflegerische Versorgung und die Pflegeversicherung

In den letzten 100 Jahren hat die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland stark zugenommen. Wurden um 1910/1912 geborene Männer im Durchschnitt noch 47,4 Jahre und Frauen 50,7 Jahre alt, ist die Lebenserwartung heute geborener Männer mittlerweile auf fast 78 Jahre gestiegen; für heute geborene Frauen beträgt sie bereits knapp 83 Jahre (vgl. *Abbildung 1*). Alle Prognosen gehen von einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung aus.

Abbildung 1: Durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland



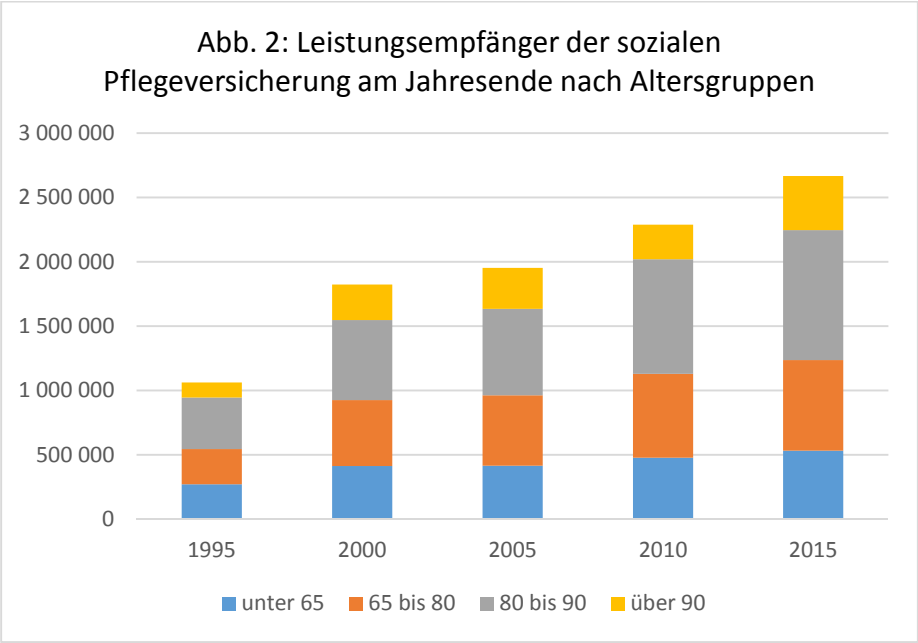
*bis 1990 früheres Bundesgebiet

Quelle: Statistisches Bundesamt

Die Zunahme der Lebenserwartung ist natürlich eine positive Entwicklung. Allerdings wirkt sie sich auf alle Lebensbereiche aus. So sind gesundheitliche Risiken mit dem Alter verknüpft und auch die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, nimmt mit dem Alter zu: Ist bei den 75- bis 80-Jährigen etwa jede zehnte Person pflegebedürftig, so ist bei den 80- bis 85-Jährigen bereits jede vierte von Pflegebedürftigkeit betroffen. Bei den über 85-Jährigen gilt dies für 42 Prozent. Nimmt die Zahl alter Menschen in der Bevölkerung zu, steigt damit auch die Anzahl der Pflegebedürftigen. Bereits in der Vergangenheit ist daher auch die Zahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung kontinuierlich angestiegen (so zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2015 z. B. um 46 Prozent; vgl. *Abbildung 2*).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Abbildung 2: Leistungsempfänger der SPV am Jahresende nach Altersgruppen



Quelle: BMG (eigene Berechnung)

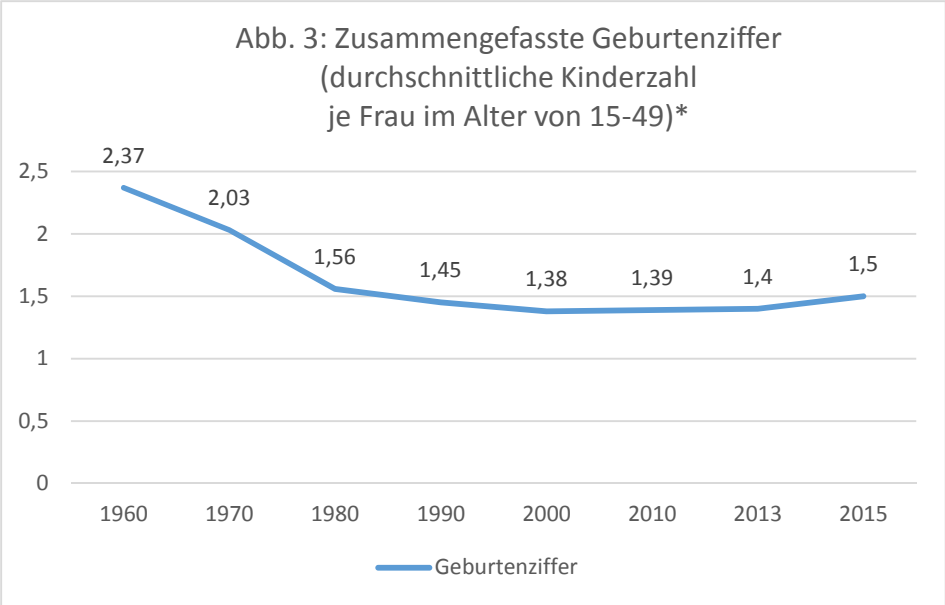
Unter Berücksichtigung der privat versicherten Pflegebedürftigen ergibt sich für das Jahr 2015 eine Gesamtzahl von 2,83 Mio. Pflegebedürftigen. Schätzungen gehen davon aus, dass sich die Gesamtzahl aller Pflegebedürftigen in Deutschland bis 2030 auf 3,5 Mio. und bis 2050 auf 4,5 Mio. erhöhen wird.

Um zu einer Einschätzung der Herausforderungen für die zukünftige pflegerische Versorgung zu gelangen, muss die Alterung der Bevölkerung im Zusammenhang mit der Anzahl an Kindern gesehen werden, die jährlich geboren werden: Nach einem deutlichen Rückgang der Geburtenziffer ab den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts verzeichnet Deutschland in den letzten 25 Jahren gleichbleibend niedrige zusammengefasste Geburtenziffern[1] (vgl. *Abbildung 3*). Die durchschnittliche Zahl der Kinder je Frau im gebärfähigen Alter von 15 bis 49 Jahren lag demnach in den letzten Jahren bei etwa 1,4. Zum Erhalt der Bevölkerungszahl ohne Zuwanderung wäre eine durchschnittliche Kinderzahl von 2,1 erforderlich.

Abbildung 3: Zusammengefasste Geburtenziffer (durchschnittliche Kinderzahl je Frau im Alter von 15-49 Jahren) in Deutschland (1960-2015)

[1] Die zusammengefasste Geburtenziffer beschreibt die Geburtenhäufigkeit aller Frauen, die im jeweiligen Jahr im Alter von 15 bis 49 Jahren waren. Unterstellt man, dass diese Frauen einen hypothetischen Jahrgang bilden, dann würde sich eine endgültige durchschnittliche Kinderzahl dieses Jahrgangs je Frau ermitteln lassen.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.



*einschließlich ehemaliger DDR

Quelle: Eurostat, Weltbank

Der Geburtenrückgang in den letzten Jahrzehnten führt dazu, dass es nicht nur mehr ältere Menschen gibt, sondern dass der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung schneller zunimmt, als wenn sich nur die zunehmende Lebenserwartung auswirken würde.

Diese bevölkerungsbezogene Entwicklung, auch als demografischer Wandel bezeichnet, stellt den Sozialstaat – und damit insbesondere auch die Pflegeversicherung – vor große Herausforderungen, die in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung erkennbar sind. Sie werden im Folgenden näher erläutert.

1.1. Körperlich, geistig und psychisch bedingte Pflegebedürftigkeit

Der bislang stetige Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung und die damit verbundene Zunahme älterer und hochbetagter Menschen wirkt sich insbesondere auf die Anzahl der Menschen mit einer demenziellen Erkrankung aus, bei denen Pflegebedürftigkeit oft weniger körperliche, sondern eher geistige oder psychische Ursachen hat. Es wird geschätzt, dass derzeit rund 1,6 Mio. Menschen in Deutschland an einer solchen Erkrankung leiden. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft geht auf Basis empirischer Studien und Prognosen davon aus, dass im Jahr 2050 ca. 3,02 Mio. Menschen von einer Form dieser Erkrankung betroffen sein werden. Alle Studien weisen dabei darauf hin, dass die Zunahme nicht durch ein wachsendes Erkrankungsrisiko bedingt ist, sondern dass es sich um eine Folge der gestiegenen Lebenserwartung handelt. Neuere Studien aus dem euro-

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

päischen Ausland zeigen mittlerweile über alle Altersgruppen hinweg sogar eine Abnahme des Erkrankungsrisikos, diese gleicht die alterungsbedingte Zunahme jedoch nicht aus. Die Bewältigung demenzieller Erkrankungen bleibt daher eine große Herausforderung, sowohl aus gesellschaftspolitischer Sicht als auch mit Blick auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung.

Ursprünglich berücksichtigten die Leistungen der Pflegeversicherung in erster Linie den Bedarf körperlich beeinträchtigter Menschen an bestimmten pflegerischen Hilfen, denn auf diese richtete sich bei Einführung des neuen Gesetzes das Hauptaugenmerk. Zur Bestimmung von Pflegebedürftigkeit ist seitdem eine gesetzlich festgelegte Liste von Verrichtungen aus den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität sowie ergänzend der hauswirtschaftlichen Versorgung maßgeblich. Viele etwa für Menschen mit Demenz typische Beeinträchtigungen und Bedarfe, z. B. an Betreuung und psychosozialer Unterstützung, werden bei der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit jedoch bisher nicht berücksichtigt, so dass für diese Bedarfe zunächst auch keine Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung standen.

Durch gesetzliche Maßnahmen im Jahr 2002 (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz; PflEG)[2] wurden Sonderleistungen für Menschen mit einer sogenannten „erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz“ (das waren vorrangig Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen) eingeführt und im Jahr 2008 (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz; PfWG)[3] ausgeweitet. Damit wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass psychisch und geistig bedingte Pflegebedürftigkeit zugenommen hat und daher auch in der Pflegeversicherung berücksichtigt werden musste, jedoch konnte dadurch das Problem der Ungleichbehandlung von Menschen mit einer körperlich bedingten Pflegebedürftigkeit und Menschen mit einer geistig oder psychisch bedingten Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung nicht grundlegend gelöst werden.

Entsprechend bestand im Berichtszeitraum eine besondere Herausforderung in Bezug auf die unterschiedlichen Ursachen von Pflegebedürftigkeit darin, die Leistungen für demenziell und psychisch erkrankte sowie Menschen mit geistigen Behinderungen Schritt für Schritt zu verbessern, damit auch sie möglichst lange möglichst selbstbestimmt leben können. Die Pflegeversicherung war vor diesem Hintergrund so weiterzuentwickeln, dass

[2] Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG) vom 14. Dezember 2001, BGBl. I, S. 3728, in Kraft getreten am 1. Januar 2002.

[3] Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008, BGBl. I, S. 874, in Kraft getreten am 1. Juli 2008.

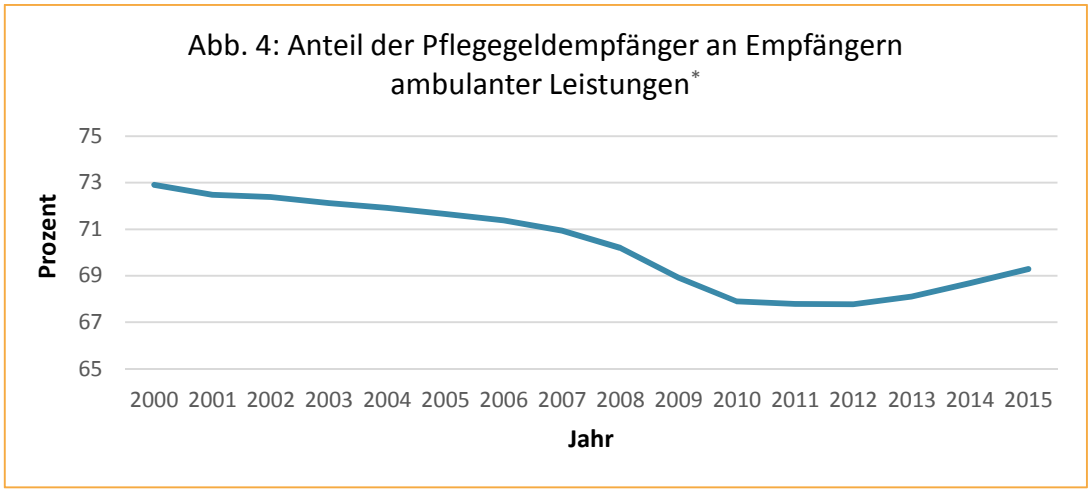
Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

perspektivisch alle Pflegebedürftigen den gleichen Zugang zu Leistungen erhalten, unabhängig davon, ob ihre Pflegebedürftigkeit körperlich, psychisch oder geistig bedingt ist. Dazu gehört auch, pflegende Angehörige bedarfsgerecht zu unterstützen, das Fachpersonal zu fördern und Ehrenamtliche in ihrem Engagement zu stärken.

1.2. Pflege durch Angehörige

Nach wie vor werden in Deutschland die meisten Pflegebedürftigen von ihren Angehörigen gepflegt. Dies lässt sich anhand der Anzahl der Pflegebedürftigen belegen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen. In diesen Fällen kann davon ausgegangen werden, dass die Pflege privat organisiert und damit ganz überwiegend von Angehörigen übernommen wird. *Abbildung 4* zeigt den Anteil von Pflegegeldempfängern an den Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung, die ambulante Leistungen (Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen) erhalten.

Abbildung 4: Anteil der Pflegegeldempfänger an den ambulanten Leistungsempfängern



*Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen

Quelle: BMG

Die *Abbildung 4* zeigt, dass es zwischen den Jahren 2000 und 2010 einen leichten Rückgang dieses Anteils gegeben hat. Danach hat sich der Anteil der Pflegegeldempfänger bei etwa 68 Prozent stabilisiert. In den letzten beiden Jahren ist er wieder leicht angestiegen.

Auch die Evaluationsstudie 2016 zeigte, dass 93 Prozent der Pflegebedürftigen in privaten Haushalten durch Angehörige oder andere nahestehende private Pflegepersonen betreut wurden. Innerhalb der Gruppe von Pflegebedürftigen mit privater Unterstützung bezogen 67 Prozent ausschließlich Pflegegeld.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Bei dieser Entwicklung muss auch berücksichtigt werden, dass bei kinderlosen Ehepaaren die Anzahl der möglichen Angehörigen, die Pflegeaufgaben übernehmen könnten, deutlich geringer ist. Auch an dieser Stelle wirkt sich der demografische Wandel aus. Während laut Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes die Zahl der Ehepaare ohne Kinder zwischen den Jahren 1999 und 2014 von 9,5 Mio. auf 9,7 Mio. anstieg, sank im gleichen Zeitraum die Zahl der Ehepaare mit Kindern von 10 auf 7,8 Millionen.

Ob Pflegebedürftige von ihren Angehörigen gepflegt werden oder nicht, hängt von vielen Rahmenbedingungen ab, so zum Beispiel vom Alter der Pflegenden, wenn sich die Frage stellt, ob sie die Pflege für einen Angehörigen übernehmen. Je später Pflegebedürftigkeit eintritt, desto älter sind i. d. R. auch nahe Verwandte, die für die Pflege in Frage kommen. Aber auch Kinder und Jugendliche übernehmen teilweise die Rolle des pflegenden Angehörigen.[4] Auch der Wohnort der Pflegebedürftigen und ihrer jeweiligen Angehörigen spielt eine Rolle. Je weiter der Wohnort der Eltern und die Arbeitsstätte bzw. der Wohnort angehöriger Kinder voneinander entfernt sind, desto schwieriger ist es für diese, die Pflege zu übernehmen. Eine weitere Einflussgröße sind der Grad der Belastung und die eigenen Fähigkeiten bzw. die Möglichkeiten, mit den Anforderungen an eine Pflegetätigkeit umzugehen - ggf. auch unterstützt durch weitere Hilfen. Die Übernahme von Pflege ist fast immer mit körperlichen und seelischen Belastungen verbunden. Diesen müssen genügend Kraft und Energie gegenüberstehen, um Überforderung zu vermeiden. Je älter Pflegende sind, desto mehr ist darauf zu achten, dass das erforderliche Gleichgewicht zwischen Belastung und Erholung bestehen bleibt.

Auch die Frage der Berufstätigkeit spielt eine wichtige Rolle. Mit zunehmender Berufstätigkeit insbesondere von Frauen ist die Frage der Pflegeübernahme von nahen Verwandten keine Selbstverständlichkeit mehr. Sie wird zur Entscheidung, bei der auch finanzielle Erwägungen eine Rolle spielen können. In solchen Fällen kann dann die Pflegebereitschaft abnehmen.

Vor diesem Hintergrund besteht die Herausforderung darin, bei Angehörigen die Pflegebereitschaft zu fördern und zu erhalten. Belastungen müssen so gering wie möglich gehalten werden, um Überforderung zu vermeiden. Nachteile, die durch Pflege entstehen können, müssen so weit wie möglich reduziert werden, z. B. durch eine gute sozialversicherungsrechtliche Absicherung.

[4] vgl. Forschungsprojekt des BMG - Anhang A: Stärkung pflegender Angehöriger „Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige in Deutschland“

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

1.3. Pflegepersonal

Gleichbleibend niedrige Geburtenziffern können in allen Sparten des Arbeitsmarktes zu einer Abnahme der Zahl der Auszubildenden und damit perspektivisch zu Fachkräftemangel führen. In der Pflege wäre dies angesichts des steigenden Bedarfs an Pflegepersonal u. a. aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung ein großes Problem, dessen Ausmaß sich nur abschätzen lässt. Hier kommen unterschiedliche Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) geht beispielsweise davon aus, dass sich der Personalbedarf in der Pflege (Fach- und Hilfskräfte) bis 2050 – im Extremfall – auf bis zu 1,5 Mio. Vollzeitkräfte mehr als verdoppeln könnte (Ende 2013: 704.000 Vollzeitäquivalente).[5] Unter der Annahme, dass der Anteil Pflegebedürftiger in den Altersgruppen im Prognosezeitraum sinkt, schätzt das DIW einen Pflegekräftebedarf bis 2050 von ungefähr 850.000 Personen. Durch verbesserte Attraktivität dieses Berufes und gezielte Zuwanderung könnte dieser geschätzte Arbeitskräftemangel nach DIW-Einschätzungen allerdings bei sinkenden altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten bis auf 15.000 reduziert werden. Das Statistische Bundesamt geht in einer im Jahr 2010 gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) veröffentlichten Projektionsstudie von einem zusätzlichen Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften in Höhe von (je nach Szenario) 135.000 bis 214.000 Pflegevollzeitkräften bis zum Jahr 2025 aus. Einig sind sich jedoch alle darin, dass es sich um eine ernstzunehmende gesellschaftliche Herausforderung handelt.

Der wachsende Bedarf lässt sich auch schon heute feststellen: Im Dezember 2015 waren bei der Bundesagentur für Arbeit rd. 13.000 offene Stellen für den Bereich Gesundheits- und Krankenpflege gemeldet. Das ist im Vergleich zum gleichen Monat im Vorjahr ein Anstieg um ca. 23 Prozent. Der Trend der letzten Jahre setzt sich damit fort. Im Bereich der Altenpflege stieg die Zahl der unbesetzten Stellen im Vergleich zum Vorjahr um rd. 20 Prozent auf rd. 19.000 Stellen. Bereits heute fehlen in den Pflegeberufen – jedenfalls in einigen Regionen – schon Fachkräfte. Nach der Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit von Dezember 2015 entfallen auf 100 gemeldete offene Stellen in der Altenpflege (außerhalb der Zeitarbeit) rechnerisch lediglich 40 Arbeitslose (Gesundheits- und Krankenpflege: 80).[6] Auch die Dauer, für die eine Stelle unbesetzt blieb, weist auf Schwierigkeiten bei der Besetzung von gemeldeten Stellen hin. So waren gemeldete Stellen für examinierte Altenpflegefachkräfte und -spezialisten (außerhalb der Zeitarbeit) im

[5] https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.413133.de/12-51-1.pdf
[6] Die Angaben beziehen sich auf die Anforderungsniveaus 2 und 3 (examinierte Fachkraft und Spezialist).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Bundesdurchschnitt 138 Tage unbesetzt und somit 52 Tage länger als die durchschnittliche Vakanzzeit von 86 Tagen. Bei Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften (außerhalb der Zeitarbeit) betrug die Dauer 114 Tage. In absoluten Zahlen ausgedrückt kamen im Bereich der Altenpflege am Ende des Jahres 2015 8.600 Stellen auf 3.400 Arbeitslose.[7]

Erschwerend kommt die sinkende Anzahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter hinzu, die sich auch in der Zahl der Schulabgänger ausdrückt: Gab es im Jahr 2014 noch 830.000 Schulabgänger mit einem Abschluss einer allgemeinbildenden Schule, wird diese Zahl aktuellen Prognosen zufolge bis 2025 auf rund 705.000 zurückgehen (Statistisches Bundesamt, Berechnungen des BIBB). Dieser sinkende Anteil erwerbstätiger junger Menschen wird sich als Nachwuchsproblem auf alle Wirtschaftszweige gleichermaßen auswirken. Die Pflegeberufe stehen daher mit allen anderen Berufen im Wettbewerb um junge Menschen.

Immer wieder vorgebracht wird in der Debatte um den Fachkräftemangel auch die Frage des Verbleibs im Beruf im Bereich der Altenpflege. Angaben über die Verweildauer in den Pflegeberufen variieren je nach Quelle und beziehen sich oftmals auf den Verbleib in einer Einrichtung oder auf die Absicht, den Beruf zu verlassen. Einer vom BMFSFJ geförderten Studie des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur zufolge gibt es bei Altenpflegekräften sogar eine im Vergleich zu anderen Berufen eher hohe Verweildauer von bis zu 19 Jahren im Beruf.[8]

Ändern wird sich angesichts der demografischen Entwicklung auch der Bedarf an altersbezogener Qualifikation in den Einrichtungen des Gesundheitswesens: In den Krankenhäusern müssen immer mehr ältere, teilweise demenziell veränderte Menschen behandelt werden, während in den Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Pflege der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege steigt. Die Anforderungen an das Pflegepersonal werden somit vielfältiger.

Für die Attraktivität der Arbeit in der Pflege ist – wie in anderen Berufen auch – mit bestimmend, welche Löhne dort gezahlt werden. Die Vereinbarung attraktiver Löhne fällt grundsätzlich in die Verantwortung der jeweiligen Arbeitgeber sowie für tariflich gebundene Arbeitgeber in die Verantwortung der Tarifvertragsparteien. Bei der Bezahlung von Pflegekräften bestehen zum Teil erhebliche regionale Unterschiede. Ein schlichter Vergleich einzelner Bundesländer würde jedoch das jeweilige Lohnniveau vor Ort ausblenden. Viel aussagekräftiger ist der Einkommensvergleich zwischen Pflegefachkräften mit

[7] https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2015-12.pdf
[8] http://tinyurl.com/Berufsverlauf-Altenpflege-IWAK

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

anderen Fachkräften in der Region. Eine entsprechende Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) im Auftrag des Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung von Januar 2015 hat belegt, dass Altenpfleger in nahezu allen Bundesländern weniger als manch andere Fachkräfte vor Ort verdienen. Das Ergebnis zeigt aber auch, dass die Gesundheits- und Krankenpfleger in allen Bundesländern im Schnitt mehr als andere Fachkräfte vor Ort verdienen. Konkret lag das durchschnittliche Bruttoentgelt (Median) der vollzeitbeschäftigten Fachkräfte in der Krankenpflege in Ostdeutschland bei 2.738 Euro, in Westdeutschland bei 3.139 Euro. Demgegenüber lag das Bruttoentgelt in der Altenpflege bei 1.945 Euro (Ost) und 2.568 Euro (West). Damit verdienen Altenpfleger im Schnitt ca. 29 Prozent (Ost) bzw. ca. 18 Prozent (West) weniger als Gesundheits- und Krankenpfleger.[9]

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit von Pflegepersonal betrifft die Aus-, Fort- und Weiterbildung, wobei deren Durchführung in die Zuständigkeit der Länder fällt. Entsprechend gibt es unterschiedliche Aus-, Fort- und Weiterbildungsgänge, deren Spannbreite von der Spezialkraft z. B. für gerontopsychiatrische Pflege über Pflegehelferhelfer, nach Landesrecht zugelassenen Erbringern von Betreuungs- und Entlastungsleistungen bis zur Qualifizierung als Betreuungskraft nach § 87b SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen reicht. Diese Bandbreite bildet den unterschiedlichen Bedarf an Pflege und Betreuung je nach Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit ab: Bei einer beginnenden Demenz wird beispielsweise eher die Betreuung im Vordergrund stehen, während im Fall schwerster Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität ggf. besonders qualifizierte Krankenpflegekräfte gefragt sind. Mit Blick auf den Fachkräftemangel wird es zunehmend wichtiger, auf die Vergleichbarkeit der Qualifikationen zu achten.

Die Herausforderung, die mit dem demografischen Wandel einhergeht, besteht vor allem darin, dafür zu sorgen, dass genügend Arbeitskräfte mit der jeweils erforderlichen Qualifikation zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass das Berufsbild an Attraktivität gewinnt, damit sich auch in Zukunft viele Menschen für diesen Beruf entscheiden. Dazu zählt auch, der Arbeitsverdichtung entgegen zu wirken und überflüssige Bürokratie abzubauen, so dass ausreichend Zeit für die Pflege zur Verfügung steht. Auch der Einsatz der Arbeitskräfte bzw. die Arbeitsorganisation muss geprüft werden: Angesichts des sich verschärfenden Fachkräftebedarfs ist es von entscheidender Bedeutung, dass alle Arbeitskräfte ihrer Qualifikation entsprechend eingesetzt werden. Hier sind vor allen Dingen die Einrichtungsträger gefordert. Sie müssen auch dafür sorgen, dass ihren Beschäftigten passgenaue Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen.

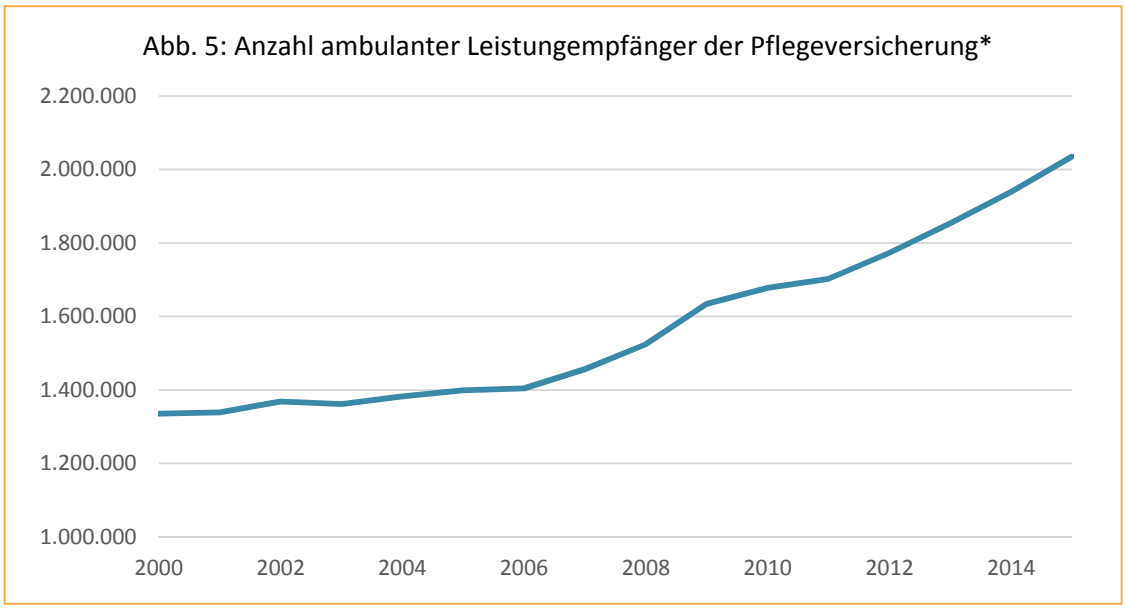
[9] www.bundesgesundheitsministerium.de/PM_Studie-Altenpflege

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

1.4. Ambulante Versorgung

Die demografische Entwicklung wirkt sich auf die Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden, in zweierlei Weise aus. Zum einen ist die Zahl der Pflegebedürftigen, die ambulante Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen (vgl. *Abbildung 5*). Diese Entwicklung wird sich in den nächsten 40 Jahren fortsetzen, insbesondere wenn nach 2035 die geburtenstarken Jahrgänge in das Alter kommen, in dem die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, deutlich erhöht ist. Es ist damit in den nächsten vier Jahrzehnten auch mit der absoluten Zunahme einzelner Gruppen, wie Menschen mit Demenz, aber auch z. B. pflegebedürftiger suchtkranker Menschen zu rechnen. Für diese Gruppen müssen Pflege und Betreuung je nach ihrem besonderen Versorgungsbedarf sichergestellt werden.

Abbildung 5: Anzahl der ambulanten Leistungsempfänger der Pflegeversicherung 2000-2015



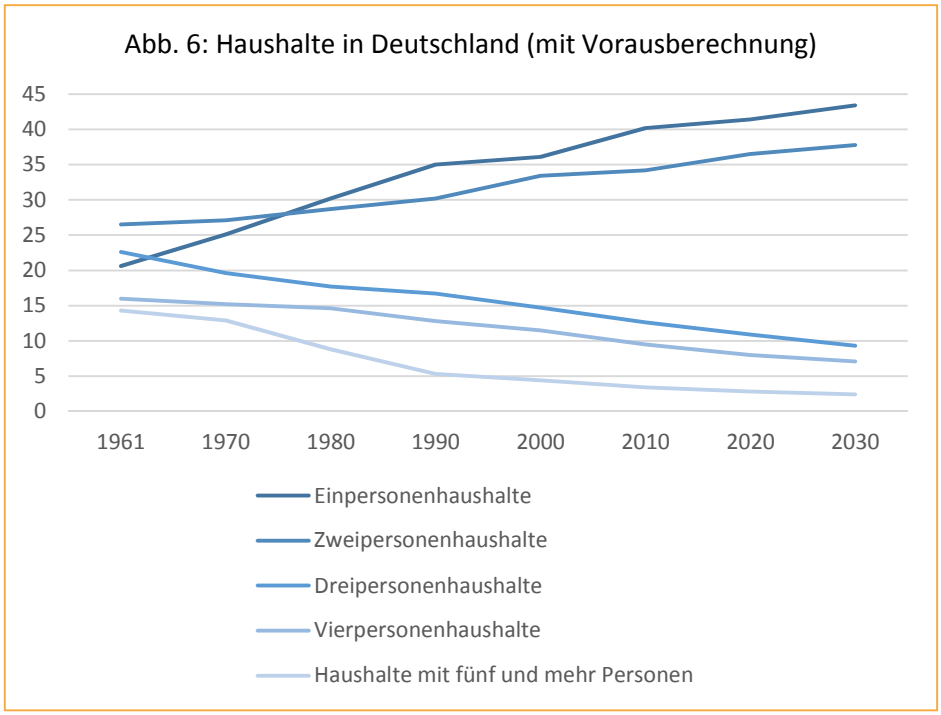
[1]*Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen

Quelle: BMG

Zum anderen beeinflussen längere Lebenserwartung und niedrige Geburtenziffern auch die Art, wie Menschen leben. Zeitreihen zeigen, dass die Zahl der Ein- und Zweipersonenhaushalte in Deutschland seit vielen Jahrzehnten zunimmt, während die Zahl der Haushalte mit drei und mehr Personen fortlaufend abnimmt (vgl. *Abbildung 6*). Dies wirkt sich auch auf die Versorgung von Pflegebedürftigen aus und setzt Grenzen für die Betreuung durch Angehörige.

Abbildung 6: Haushalte in Deutschland (mit Vorausberechnung)

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.



Quelle: Statistisches Bundesamt

Der im SGB XI vorgegebene Grundsatz "ambulant vor stationär" entspricht dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit und/oder der gewohnten Umgebung zu bleiben. Er stellt in diesem Zusammenhang eine besondere Herausforderung dar: Dabei gilt es, die ambulante Versorgung zu stabilisieren und sie zu stärken. Ein zunehmend wichtiger Gesichtspunkt ist es dabei, alternative Wohnformen zu fördern und für sie einen passenden Rechtsrahmen zu finden. Auch eine gute Vernetzung der Pflegeangebote mit anderen Sektoren und eine stärkere Verzahnung von stationären Einrichtungen mit anderen Anbietern gehören zu den Herausforderungen.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

1.5. Stationäre Versorgung

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung wirkt sich auch auf die Anzahl stationär zu versorgender Menschen aus. Allerdings ist der Zuwachs stationär deutlich geringer als ambulant: Zwischen 2004 und 2014 hat die Zahl pflegebedürftiger Menschen, die ambulant versorgt werden, um 40,2 Prozent zugenommen, während die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen im gleichen Zeitraum nur um 19,4 Prozent gestiegen ist. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass neben dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger, weiter zu Hause zu wohnen, auch die gesetzlichen Maßnahmen Wirkung zeigen, die in den letzten Jahren den Grundsatz „ambulant vor stationär" fördern sollten.

Allerdings werden in den nächsten Jahren und Jahrzehnten auch in den stationären Pflegeeinrichtungen mehr Menschen als heute mit einem hohen medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf leben. Schon heute wird geschätzt, dass über 50 Prozent aller Bewohner eines Pflegeheims an einer demenziellen Erkrankung leiden. Diese Zahl könnte ebenso steigen wie die Zahl der Menschen, die nicht nur pflegebedürftig, sondern auch mehrfach chronisch erkrankt sind.[10] Angesichts einer solchen Entwicklung stellt sich auch die Frage nach Prävention, also Vorsorge und Vorbeugung, in besonderem Maße: Was kann getan werden, was muss getan werden, um eine Verschlimmerung des Gesundheitszustands und – damit oft einhergehend – der Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder zu vermeiden?

Unabhängig davon wird auch der stationäre Bereich weiter eine wichtige und notwendige Säule der Versorgung von Pflegebedürftigen bleiben. Die Herausforderung bestand im Berichtszeitraum daher darin, eine angemessene Versorgung der Pflegebedürftigen auch in stationären Pflegeeinrichtungen sicherzustellen. Dabei ist unter anderem dafür zu sorgen, dass ausreichend Personal auf den verschiedenen Qualifikationsstufen vorhanden ist, um Bewohner stationärer Einrichtungen je nach ihrem persönlichen Bedarf bestmöglich zu versorgen. Dazu kommt die Herausforderung, dafür zu sorgen, dass die jeweils erforderliche medizinische Versorgung zur Verfügung steht. Diese muss gut mit der stationären Versorgung in Pflegeheimen verzahnt sein, damit die Pflegebedürftigen zuverlässig und zeitnah ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen können. Auch die Stärkung der Prävention zur Vermeidung einer Zunahme des Pflegebedarfs in stationären Einrichtungen gehört zu den Herausforderungen, vor denen die Pflegeversicherung zu Beginn des Berichtszeitraums 2011 stand.

[10] De Vries, B. (2015): Der Wandel der Zielgruppen in der stationären Versorgung. Zeitreihenbetrachtung der Verweildauer der Bewohner/-innen in Nordrhein-Westfalen und daraus resultierende sozialpolitische Schlussfolgerungen. Verfügbar unter: http://www.alters-institut.de

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

1.6. Pflege vor Ort, Beratungs- und Informationsbedarf

Die Zahl der Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ist auch im Berichtszeitraum weiter angestiegen (vgl. Kapitel 3.4). Darunter sind viele Erstanträge, aber auch Anträge zur Neueinstufung, weil es eine Veränderung in der Pflegebedürftigkeit gegeben hat. Jeder Antragsteller, jede Antragstellerin hat einen gesetzlich verbrieften Anspruch auf eine Pflegeberatung, unabhängig davon, ob bei der Begutachtung eine Pflegestufe festgestellt wird oder nicht. Diese Beratung muss zeitnah und umfassend erfolgen, damit für die Betroffenen und ihre Angehörigen das passende Leistungspaket zusammengestellt werden kann.

Es gibt nicht nur – bedingt durch den demografischen Wandel – mehr Pflegebedürftige es steigt auch die Bandbreite an Bedarfslagen und Bedürfnissen. Je besser diesen entsprochen werden kann, umso länger können Pflegebedürftige zu Hause im gewohnten Umfeld bleiben und ihren Alltag selbst gestalten und am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Beratung wird daher immer wichtiger. Eine gute und umfassende, am einzelnen Bedarf ausgerichtete Beratung durch fachkundige Berater wird mehr und mehr zu einem Mittel, mit dem Pflegeleistungen koordiniert und gesteuert werden können.

Gleichzeitig gilt: Eine Beratung kann nur so gut sein, wie die Leistungen und Angebote, die zur Verfügung stehen. Der demografische Wandel stellt daher auch neue Anforderungen an die Pflegeangebote vor Ort: Es müssen mehr und unterschiedliche Leistungsangebote vorgehalten, organisiert und zusammengebracht werden, damit der Grundsatz "ambulant vor stationär" gut umgesetzt werden kann. Die Vielzahl von Anbietern und Angeboten für alte und pflegebedürftige Menschen vor Ort erfordert auch neue Formen und Wege in der Zusammenarbeit, damit gute Pflege auch geleistet werden kann.

Eine besondere Zielgruppe bilden Menschen mit Migrationshintergrund. Auch bei diesen nimmt der Anteil der über 65-Jährigen zu (2005: 7,85 Prozent; 2014: 9,72 Prozent). Hinzu kommt, dass Menschen mit Migrationshintergrund nach Angaben des Sachverständigenrats deutscher Stiftungen für Integration und Migration im Durchschnitt etwa 10 Jahre früher pflegebedürftig werden als Menschen ohne Migrationshintergrund. Hier sind ein besonderer Informations- und Beratungsbedarf sowie mitunter auch ein kulturspezifischer Pflegebedarf festzustellen. Auf diese Herausforderungen muss sich die Pflege einstellen.

Die Herausforderung bezüglich der Pflegeberatung und der Pflege vor Ort besteht daher darin, mit Blick auf alle Zielgruppen die Beratung und Information vor Ort zu verbessern und die Rahmenbedingungen auf Bundesebene so zu gestalten, dass Pflege vor Ort gut in

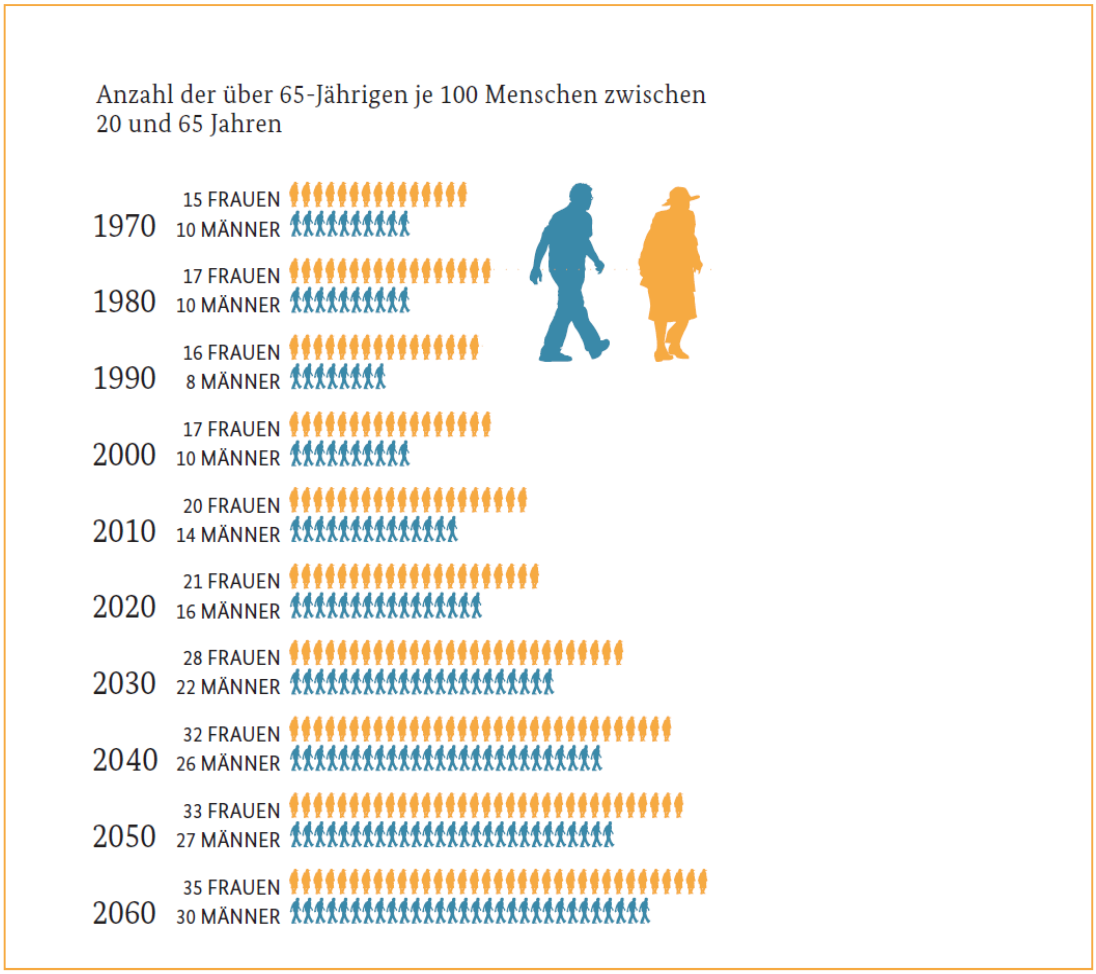
Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

die bereits vorhandene Bandbreite an Angeboten und Möglichkeiten eingebunden ist. Die erforderliche Vernetzung zu anderen Sozialleistungen, z. B. zur Hilfe zur Pflege, zur Eingliederungshilfe und zur Altenhilfe, muss gewährleistet sein und Pflegekassen und kommunale Stellen müssen so unterstützt und gestärkt werden, dass eine bestmögliche Versorgung der Menschen stattfindet.

1.7. Finanzierung von Pflege und Pflegeversicherung

Die demografische Entwicklung wirkt sich auch auf die finanziellen Grundlagen der Pflegeversicherung aus. Wie in den anderen Zweigen der Sozialversicherung, gilt auch in der sozialen Pflegeversicherung das Solidarprinzip, d. h. unter anderem, dass die erwerbstätige Bevölkerung, derzeit noch zwischen 20 und 65, mit ihren Beitragszahlungen den überwiegenden Anteil der Finanzierungsaufgaben in der Pflege leistet.

Abbildung 7: Anzahl der über 65-Jährigen je 100 Menschen zwischen 20 und 65 Jahren



Quelle: Statistisches Bundesamt (eigene Darstellung)

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Durch den demografischen Wandel verschiebt sich allerdings auch das Verhältnis der aktiven Bevölkerung zu den älteren Jahrgängen (vgl. *Abbildung 7*).

So wird geschätzt, dass sich der Altenquotient, d. h. der Anteil von Menschen über 65 Jahre bezogen auf die Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter, von 25 im Jahr 1970 auf 50 im Jahr 2030 erhöhen wird, das heißt, auf zwei Menschen zwischen 20 und 65 kommt dann bereits ein Mensch, der älter als 65 Jahre ist, während es 1970 noch vier Menschen im arbeitsfähigen Alter waren, auf die ein Älterer kam.

Diese Entwicklung stellt für alle sozialen Sicherungssysteme und daher auch für die soziale Pflegeversicherung eine große Herausforderung dar: Es gilt, dafür zu sorgen, dass die Finanzgrundlage der Pflegeversicherung auch angesichts dieser Veränderungen stabil bleibt, damit die Unterstützung der Pflegeversicherung dauerhaft und zuverlässig zur Verfügung steht. Dazu gehört auch die staatliche Förderung eigener freiwilliger Vorsorgemaßnahmen, denn Pflege muss insgesamt bezahlbar bleiben. Zu der Sorge um die eigene Gesundheit und die Selbständigkeit im Alter soll nicht noch die Sorge um die Bezahlbarkeit der erforderlichen Leistungen kommen müssen.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2. Antworten auf die Herausforderung: Maßnahmen zur gezielten Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung

Es wird zukünftig mehr ältere und auch mehr pflegebedürftige Menschen geben. Diese Entwicklung stellt eine große Herausforderung für Gesellschaft und Politik gleichermaßen dar. Einerseits gilt es, die Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung weiterzuentwickeln: Pflegebedürftige müssen sich darauf verlassen können, dass sie die Unterstützung bekommen, die sie für ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben brauchen. Andererseits gilt es, den bestehenden gesellschaftlichen Konsens über ein Leben im Alter, das der Würde des Menschen entspricht, zu stärken. Dazu gehört auch, auf die Situation Pflegebedürftiger und der sie pflegenden Menschen aufmerksam zu machen und auf die für die Pflege zur Verfügung stehenden Versorgungssysteme hinzuweisen. Nicht zuletzt ist es wichtig, dass die Interessen der Betroffenen auch innerhalb der Bundesregierung angemessen vertreten werden.

Daher ist mit Kabinettbeschluss vom 8. Januar 2014 das Amt des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung neu geschaffen worden. Der Pflegebevollmächtigte soll nicht nur die Belange der Pflegebedürftigen, sondern auch ihrer Angehörigen, der Pflegekräfte sowie aller in der Pflege Beschäftigten vertreten. Er unterliegt keinerlei Weisungen der Fachministerien. Das Amt des Pflegebevollmächtigten ist gekoppelt an das Amt des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten und wird von Herrn Staatssekretär Karl-Josef Laumann ausgeübt.

Die Koppelung der Ämter hat sich bewährt, da die Pflege ein sektor- und ressortübergreifendes Thema mit Schnittstellen zu unterschiedlichen Leistungsträgern und -erbringern ist. Daher war es zielführend einen zentralen Ansprechpartner für alle Beteiligten zu etablieren, um die Pflege nah an den Bedürfnissen der Menschen auszurichten. Der Zugang zu einem qualitativ hochwertigen und transparenten Gesundheitssystem, der mündige Patient und die gute Versorgung und Betreuung der Pflegebedürftigen stehen im Vordergrund der Tätigkeit des Pflegebevollmächtigten.[11]

[11] www.patientenbeauftragter.de

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2.1. Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Eine zentrale Aufgabe im Berichtszeitraum bestand darin, die Grundlagen der Pflegeversicherung im Hinblick auf eine stärkere Angleichung der Leistungen für körperlich, psychisch und geistig beeinträchtigte pflegebedürftige Menschen neu auszurichten.

Die 1995 mit Einführung der Pflegeversicherung gesetzlich definierten Voraussetzungen für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung stellen vorrangig auf körperlich bedingte Hilfebedarfe ab. Ausschlaggebend ist der durchschnittliche Zeitaufwand, den eine Pflegeperson für die Unterstützung eines Menschen bei den sogenannten Alltagsverrichtungen im Rahmen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der besondere (psychosoziale) Unterstützungsbedarf von Menschen mit geistigen und psychischen Beeinträchtigungen kann mit diesem verrichtungsbezogenen Verständnis von Pflegebedürftigkeit nicht in angemessener Weise abgebildet werden. Bereits 2002 wurde mit dem PflEG hierauf reagiert und es wurden für Menschen mit vorrangig kognitiv und psychisch bedingten Unterstützungsbedarf ergänzende Leistungen bereitgestellt, die unabhängig vom Verrichtungsbezug auf einen allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf abstellen. Mit dem PfWG von 2008 wurden die Leistungen nach § 87b SGB XI eingeführt und die Leistungen nach § 45b SGB XI deutlich ausgebaut.

Gleichwohl werden damit zwei Gruppen von Pflegebedürftigen unterschieden, zum einen Menschen mit vorrangig körperlich bedingten Hilfebedarfen, die Zugang zu den Kernleistungen der Pflegeversicherung haben, und zum anderen Menschen mit vor allem geistigen und psychischen Beeinträchtigungen, denen besondere Leistungen zur Verfügung gestellt werden (vgl. Kapitel 1.1).

Um hier zu einem neuen und umfassenden Ansatz zu kommen, war im Berichtszeitraum insbesondere die pflegerische Versorgung psychisch und geistig beeinträchtigter, also z. B. demenziell erkrankter Menschen, weiter zu verbessern und waren deren Leistungsansprüche an die Leistungsansprüche von vorrangig körperlich beeinträchtigten Pflegebedürftigen anzugleichen. Gleichzeitig waren aber auch vorrangig somatisch eingeschränkt Pflegebedürftigen ergänzende Leistungen zuzuerkennen (vgl. Kapitel 2.1.1). Es galt zudem, eine neue, wissenschaftlich fundierte Grundlage für die Definition von Pflegebedürftigkeit zu erarbeiten und ein entsprechendes Begutachtungsinstrument zu entwickeln, das nicht mehr zwischen verschiedenen Gruppen von Pflegebedürftigen unterscheidet und einen gerechten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung schafft (vgl. Kapitel 2.1.2).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2.1.1. Leistungsrechtliche Verbesserungen im Hinblick auf eine Gleichbehandlung körperlich, psychisch und geistig bedingter Pflegebedürftigkeit

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG)[12] und dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I)[13] wurden die Leistungen für Pflegebedürftige mit vorrangig körperlich bedingten Hilfebedarfen und Pflegebedürftige mit vor allem geistigen und psychischen Beeinträchtigungen nicht nur erweitert, sondern auch Schritt für Schritt aneinander angepasst. Dazu wurden in einem ersten Schritt die Leistungen für Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz, z. B. demenziell oder psychisch erkrankte sowie Menschen mit geistigen Behinderungen, im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erheblich ausgeweitet:

Ausweitung der Leistungen für Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz

Ambulante Versorgung (§§ 36, 37, 38, 38a, 39, 40, 41, 42, 45b, 45e, 123, 124 SGB XI)

Für Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz, deren zeitlicher Hilfebedarf unterhalb von Pflegestufe I liegt (sog. „Pflegestufe 0“) wurde mit dem PNG in § 123 SGB XI erstmals ein eigener Anspruch auf Sach- und Geldleistungen der Pflegeversicherung eingeführt. Sie erhielten ab dem 1. Januar 2013 wahlweise Pflegegeld in Höhe von 120 Euro oder Sachleistungen in Höhe von bis zu 225 Euro oder eine Kombination aus beidem. Zudem konnten Pflegesachleistungen durch alle Leistungsberechtigten erstmals als häusliche Betreuung in Anspruch genommen werden (§ 124 SGB XI). Von dem Sach- und Geldleistungsanspruch nach § 123 SGB XI profitierten im Jahr 2015 rd. 150.000 Personen.

Darüber hinaus erhielten sie erstmals einen Anspruch auf Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen. Diese Ansprüche traten neben die schon bestehenden Ansprüche auf Pflegeberatung, auf zusätzliche Betreuungsleistungen (insbesondere niedrigschwellige Betreuungsangebote) in Höhe von 100 oder 200 Euro monatlich und auf Schulung der pflegenden Angehörigen. Eine Übersicht der Ausgabenentwicklung für Personen mit der sog. „Pflegestufe 0“ ist in *Tabelle 1* dargestellt.

[12] Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz - PNG) vom 23. Oktober 2012, BGBl. I, S. 2264, in Kraft getreten am 30. Oktober 2012 sowie in wesentlichen Teilen am 1. Januar 2013 und in weiteren Teilen am 1. Juni 2013.

[13] Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17. Dezember 2014, BGBl. I, S. 2222, bezüglich der Regelungen der Pflegeversicherung in Kraft getreten am 1. Januar 2015.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Mit dem PNG wurden zudem in den Pflegestufen I und II das Pflegegeld und die Pflegesachleistungsbeträge für Pflegebedürftige mit zusätzlich erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhöht: Sie erhielten nun monatlich 655 Euro statt 450 Euro für Pflegesachleistungen und 305 Euro statt 235 Euro Pflegegeld in Pflegestufe I, 1.250 Euro statt 1.100 Euro für Pflegesachleistungen und 525 statt 440 Euro Pflegegeld in Pflegestufe II.

Von diesen Leistungsverbesserungen haben bereits seit 2013 über 400.000 und seit 2015 über 500.000 ambulant versorgte Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und einem Pflegebedarf der Pflegestufen I und II profitiert.

Mit dem PSG I wurden zudem die Leistungen für Menschen mit demenziellen oder psychischen Erkrankungen sowie geistigen Behinderungen weiter an die Leistungen für Menschen mit vorrangig körperlich bedingter Pflegebedürftigkeit angeglichen: Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben seit dem 1. Januar 2015 auch in der sog. „Pflegestufe 0“ Zugang zu allen Leistungen der Pflegeversicherung, die die häusliche Pflege stärken. Seither können sie daher auch Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, den sog. Wohngruppenzuschlag und die Anschubfinanzierung für Wohngruppen in Anspruch nehmen.

Die Sachleistungszuschläge für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegestufen I und II wurden zudem auch auf die teilstationäre Tages- und Nachtpflege erstreckt.

Darüber hinaus profitieren auch die Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz von der Dynamisierung der Leistungsbeträge im ambulanten Bereich (vgl. Kapitel 3.1).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 1: Ausgabenentwicklung (in Mio. Euro) der ambulanten Leistungen für Personen mit der sog. „Pflegestufe 0“

	2011	2012	2013	2014	2015
Pflegesachleistung	-	-	25,40	47,62	54,76
Pflegegeld	-	-	93,55	129,44	166,78
Häusliche Beratungseinsätze	0,02	0,23	0,09	0,34	0,26
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (Grundbetrag)	15,05	19,53	25,96	32,11	38,40
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (erhöhter Betrag)	11,20	24,06	12,91	20,19	22,65
Tages- und Nachtpflege	-	-	-	-	8,20

Quelle: BMG

Stationäre Versorgung (§§ 43, 87b SGB XI)

Auch im teil- und vollstationären Bereich profitieren die Betroffenen von der Anpassung der Leistungsbeträge.

Bereits mit dem PNG wurde es ermöglicht, die bewährten zusätzlichen Betreuungskräfte für Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz auch im teilstationären Bereich einzusetzen. Gleichzeitig wurde die Betreuungsrelation für alle teil- und vollstationären Einrichtungen von 1 zu 25 auf 1 zu 24 verbessert, d. h. für jeweils 24 demenziell oder psychisch erkrankte Menschen bzw. Menschen mit einer geistigen Behinderung konnte nun eine zusätzliche Betreuungskraft eingestellt werden, die über vereinbarte Vergütungszuschläge vollumfänglich von den Pflegekassen finanziert wird; das zusätzliche Personal wirkt damit nicht pflegesatzsteigernd. (vgl. Kapitel 2.5).

Zur Umsetzung dieser und anderer Regelungen des PNG hat das BMG am 10. Dezember 2014 eine Fachveranstaltung für die Bundes- und Landesverwaltung, Pflegekassen, Leistungserbringer, Betroffenenverbände und die Wissenschaft ausgerichtet. Diese hat

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

für den Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften überaus positive Rückmeldungen erbracht: Die Gesamtsituation in den Pflegeeinrichtungen und damit die Betreuung der Pflegebedürftigen selbst wird demnach durch die zusätzlichen Betreuungskräfte verbessert. Auch die Umsetzung funktioniere gut[14]. Weitere Erkenntnisse zur Wirkung der zusätzlichen Betreuungskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen konnten durch eine diesbezügliche Evaluationsstudie im Jahr 2014 gewonnen werden (vgl. Kapitel 2.5).

Im Hinblick auf das Ziel des gleichberechtigten Zugangs aller Pflegebedürftigen zu den Leistungen der Pflegeversicherung wurden ebenfalls im Vorgriff auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in einem zweiten Schritt auch ein Teil der Leistungen, der bislang nur Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz zu Gute kam, für den Kreis der vorwiegend körperlich eingeschränkten pflegebedürftigen Menschen geöffnet.

Ausweitung der Leistungen für vorrangig körperlich beeinträchtigte Menschen: Ambulante Versorgung (§§ 45b, 124, 36 SGB XI)

Zusätzliche Betreuungsleistungen (seit PSG I: zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen), bei denen Pflegebedürftige die Leistungen der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder der hauswirtschaftlichen Versorgung oder durch von den Ländern anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zunächst selbst bezahlen und anschließend von ihrer Pflegekasse erstattet bekommen, waren ursprünglich Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vorbehalten. Mit dem PSG I wurde dies geändert; seither können auch Pflegebedürftige mit einer Pflegestufe, die vorrangig körperlich beeinträchtigt sind, aber keine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz haben, diese Leistungen Anspruch nehmen (zur Einführung von Entlastungsleistungen siehe Kapitel 2.5).

Damit haben rd. 1,5 Mio. Pflegebedürftige, auch wenn ihre Alltagskompetenz nicht erheblich eingeschränkt ist, seit 2015 erstmals die Möglichkeit, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen zu nutzen und Aufwendungen in Höhe von bis zu 104 Euro monatlich von ihrer Pflegekasse erstattet zu bekommen. Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, z. B. demenziell erkrankte Menschen, können weiterhin, abhängig vom Umfang ihres allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs, eine Erstattung ihrer Aufwendungen in Höhe von bis zu 104 Euro (Grundbetrag) oder bis zu 208 Euro (erhöhter Betrag) monatlich erhalten.

[14] siehe auch: www.bundesgesundheitsministerium.de/Ergebnisbericht_Expertenworkshop

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Die Evaluationsstudie zeigte jedoch, dass der Bekanntheitsgrad dieser Leistungsausweitung für Personen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz noch verbessert werden kann: Nur einem Viertel aller in der Studie befragten Pflegehaushalte ist die Leistungsausweitung bekannt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass auch bei Einführung und beim Ausbau dieser Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz es mehrere Jahre dauerte, bis sich der Bekanntheitsgrad auf über die Hälfte der potentiellen Inanspruchnehmer erhöht hatte. Gleichwohl besteht hier noch Informations- und Beratungsbedarf vor allem durch die Pflegeberatung der Pflegekassen und die Pflegestützpunkte (PSP), denn Ziel sollte sein, dass möglichst alle Betroffenen, die einen entsprechenden Bedarf haben, diese Leistung auch nutzen.

Im Jahresdurchschnitt 2015 bezogen 125.000 neue Anspruchsberechtigte diese Leistung. Da die Leistungsausweitung zu Beginn des Jahres 2015 in Kraft trat, wird der Anteil der Leistungsbezieher von zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen bei Personen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz im Laufe des Jahres 2015 zugenommen haben. Die Evaluationsstudie 2016 weist einen Anteil von 16 Prozent dieser Leistungsart bei Leistungsbeziehern ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, also neuen Anspruchsberechtigten, aus. Die Ausgaben der Pflegekassen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen sind im Berichtszeitraum und insbesondere im Vergleich zwischen 2014 und 2015 deutlich angestiegen (vgl. Tabelle 2*)*. Zu berücksichtigen ist, dass 2015 zwei Effekte gleichzeitig ihren Niederschlag gefunden haben dürften: die Ausweitung des Anspruchs auf alle Pflegebedürftigen sowie die Dynamisierung des Anspruchs um vier Prozent. Dieser Doppeleffekt erklärt die Ausgabensteigerung um 43 Prozent zwischen 2014 und 2015. Auf die mit dem PSG I zum 1. Januar 2015 ebenfalls eingeführte Möglichkeit, bis zu 40 Prozent des Sachleistungsbetrags für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote umzuwidmen, entfielen im Jahr 2015 0,78 Mio. Euro. Allerdings war die Möglichkeit fast der Hälfte der befragten Pflegehaushalte bekannt. Ziel dieser Regelung war, dass Pflegebedürftige, die von einer höheren Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen profitieren, diese flexibler erhöhen können. Anders als bei anderen Leistungen der Pflegeversicherung ist hier jedoch nicht pauschal eine hohe Inanspruchnahme das Ziel der Regelung, sondern es war von vornherein davon ausgegangen worden, dass es sich um spezielle Versorgungssituationen handelt, in denen die Flexibilisierung von Interesse ist.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 2: Jährliche Ausgaben (in Mio. Euro) für zusätzliche ambulante Betreuungsleistungen (ab 2015 Betreuungs- und Entlastungsleistungen) für die Jahre 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Ausgaben insgesamt	332,82	379,83	437,47	478,10	684,96
Ausgaben für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote - mit Anrechnung auf den Sachleistungsbetrag nach § 36 SGB XI (ab dem 1. Januar 2015)	-	-	-	-	0,78

Quelle: BMG

Die Evaluationsstudie zeigt, dass immerhin 20 Prozent der Pflegehaushalte angaben, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch zu nehmen, 55 Prozent nehmen nach eigenen Angaben keine solchen Leistungen in Anspruch, 24 Prozent gaben an, ihnen seien die Leistungen nicht bekannt. Ausgehend davon, dass Pflegebedürftige, denen die Leistungen nicht bekannt sind, sie in der Regel ebenfalls nicht in Anspruch nehmen werden, würden im Rahmen der Evaluationsstudie fast 80 Prozent der befragten, anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen keine Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Ältere Daten aus dem Jahr 2011 zeichnen hier ein anderes Bild: Im BarmerGEK Pflegereport 2011 gaben knapp 50 Prozent der befragten, anspruchsberechtigten Versicherten (damals waren nur Versicherte mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz anspruchsberechtigt), die zu dieser Frage eine Angabe gemacht hatten, an, zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Nur 30 Prozent hatten nie eine zusätzliche Betreuungsleistung in Anspruch genommen; 21 Prozent waren nicht sicher, ob sie zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nahmen. Zum Zeitpunkt der Befragung 2011 gab es zusätzliche Betreuungsleistungen bereits seit über neun Jahren; die deutliche betragsmäßige Erhöhung durch das PfWG war mehr als drei Jahre her. Es gab also mehr Zeit für die Information der Versicherten. Die Inanspruchnahme kann also im Zeitverlauf auch bezüglich der neu anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz noch deutlich zunehmen, da zum Zeitpunkt der Befragung im Rahmen der Evaluationsstudie der Leistungsanspruch erst etwas über ein Jahr bestand.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Seit Ausweitung der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungleistungen zum 1. Januar 2015 auf alle Pflegebedürftigen hat sich die Gruppe der Anspruchsberechtigten zudem deutlich vergrößert; Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz machten bis dahin nur gut ein Drittel aller Leistungsempfänger der Pflegeversicherung aus. Diese neu hinzugekommene Gruppe hatte zum Befragungszeitpunkt nur etwas mehr als ein Jahr Zeit, um sich über die neu ausgeweiteten Leistungen zu informieren. Durch die deutliche Ausweitung der Grundgesamtheit sinkt der prozentuale Anteil der Leistungsbezieher trotz deutlicher Ausgabensteigerungen für diese Leistungen. Zudem ist zum Befragungszeitpunkt der Evaluationsstudie die Angebotsinfrastruktur gerade für vorrangig körperlich beeinträchtigte Pflegebedürftige noch im Aufbau, zum Teil sind die verfahrensrechtlichen Voraussetzungen auf Landesebene für die Anerkennung eines Angebots noch nicht abschließend definiert. Diese Hemmnisse werden im Zeitverlauf weiter abnehmen, so dass für den nächsten Berichtszeitraum eine deutliche Zunahme der Inanspruchnahme zu erwarten ist.

Im Rahmen der Evaluationsstudie wurden zudem die Gründe erhoben, aus denen zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nicht in Anspruch genommen werden (vgl. *Tabelle* 3). Jeder zweite befragte in einem Privathaushalt lebende Pflegebedürftige, der keine zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen bezog, gab an, keine Betreuung durch fremde Personen zu wünschen; zudem entsprachen die Angebote bei einem knappen Drittel der Befragten nicht ihren Bedürfnissen. 15 Prozent der Befragten gaben auch an, dass kein solches Angebot in der näheren Umgebung bekannt sei. Dies zeigt, dass die Angebotsinfrastruktur noch weiter auszubauen und auf die Bedürfnisse der Betroffenen auszurichten ist. Dabei kommt der Umsetzung der Länderverordnungen zu den Betreuungs- und Entlastungsleistungen eine besondere Bedeutung zu, da von dieser auch die tatsächliche Möglichkeit, Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch zu nehmen, abhängt.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Tabelle 3: Gründe für die Nichtinanspruchnahme zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Prozent (Mehrfachantworten waren möglich)

Grund für die Nichtinanspruchnahme	Prozentsatz der Nennungen
Es ist kein solches Angebot in der näheren Umgebung bekannt	15
Die vorhandenen Angebote entsprechen nicht den Bedürfnissen	30
Keine Betreuung von fremden Personen gewünscht (von pflegebedürftiger Person)	50
Keine Betreuung von fremden Personen gewünscht (von Hauptpflegeperson)	19
Schlechte Erfahrungen mit solchen Betreuungsangeboten	7
Sonstige Gründe	17
Keine Angabe	8

Quelle: Evaluationsstudie BMG

Mit dem PNG wurden auch Leistungen der häuslichen Betreuung als Sachleistung eingeführt, d. h. Pflegebedürftige – auch solche der sog. „Pflegestufe 0" – können im Rahmen ihres Sachleistungsanspruchs von den Pflegediensten häusliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, soweit Pflegedienste diese anbieten (§ 124 SGB XI). Die Leistungen der häuslichen Betreuung sind neben oder anstelle der Leistungen die Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung wählbar, wobei die beiden letzteren vorrangig sicherzustellen sind.

Im Jahr 2013 hat der GKV-Spitzenverband das „Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste"[15] (§ 125 SGB XI) auf den Weg gebracht. Das Modellprogramm läuft bis zum 31. Dezember 2017. Mit der modellhaften Zulassung von Diensten, die sich auf Leistungen der häuslichen Betreuung als Sachleistung insbesondere für demenziell erkrankte pflegebedürftige Menschen konzentrieren, wird auch im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein wichtiger Beitrag geleistet, um die neuen Leistungen in der Versorgungslandschaft zu erproben und umzusetzen. Die IGES Institut GmbH Berlin führt die wissenschaftliche Begleitforschung des Modellvorhabens durch.

[15] https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_125/pflege_modellprojekte_125.jsp

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Im Rahmen des Projekts werden Betroffene durch professionelle Betreuungsdienste und nicht ausschließlich durch zugelassene ambulante Pflegedienste unterstützt, um beispielsweise ihren Tagesablauf zu organisieren oder soziale Kontakte zu pflegen. Dies erfolgt in Abgrenzung zu den heute ebenfalls möglichen niedrigschwelligen Betreuungsleistungen, die in der Regel durch ehrenamtlich tätige Personen erbracht werden. Ziel des Modellvorhabens ist die umfassende Bewertung der Wirkung des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung, um so festzustellen, welche Bestandteile in die Regelversorgung übernommen werden können.

Teil- und vollstationäre Versorgung (§§ 43, 87b SGB XI)
Auch stationär wurde der Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die bis zum PSG I nur Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zustanden, auf alle Pflegebedürftigen ausgeweitet.

Nach der Evaluationsstudie erhalten 2016 79 Prozent der stationär betreuten Pflegebedürftigen insgesamt und hierbei 90 Prozent der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sowie ebenfalls 55 Prozent der Pflegebedürftigen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz zusätzliche Betreuungsleistungen. Rechnet man dies hoch, profitieren insgesamt knapp 600.000 Pflegebedürftige in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen zusätzlich zu den erforderlichen pflegerischen Maßnahmen zum Beispiel von zusätzlichen Gruppenangeboten, gemeinsamem Singen, Basteln, Ausflügen, Spielen oder anderen Angeboten. Die Möglichkeit, zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI einzustellen und durch die Pflegekassen finanzieren zu können, ist inzwischen allen Einrichtungen bekannt, wie die Evaluationsstudie belegt.

Außerdem wurde die gesetzlich vorgesehene regelhafte Betreuungsrelation, die bereits seit dem 1. Januar 2013 mit dem PNG von 1 zu 25 auf 1 zu 24 verändert worden war, durch das PSG I ab dem 1. Januar 2015 weiter auf 1 zu 20 verbessert. Demnach kann pro 20 Pflegebedürftigen nunmehr eine zusätzliche Betreuungskraft mit den Pflegekassen vereinbart werden, die die Kosten für diese Kraft vollständig tragen. Weitere Informationen hierzu sind in Kapitel 2.5 dargestellt.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2.1.2. Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs - Vorbereitung

Parallel zur Verankerung der leistungsrechtlichen Verbesserungen in der Pflegeversicherung wurden im Berichtszeitraum die notwendigen Vorarbeiten für die Einführung eines neuen und erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgenommen.

Der „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ hatte 2009 seinen Bericht vorgelegt und die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen wissenschaftlich fundierten Begutachtungsinstruments empfohlen.[16] Zugleich hatte der Beirat in seinem Bericht einige Fragestellungen aufgeworfen, die es für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments in die Praxis noch zu klären gelte. Diese betrafen beispielsweise die Ausgestaltung des mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff verbundenen Leistungsrechts. 2012 setzte das BMG daher den „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ ein. Den Vorsitz hatten Wolfgang Zöller (bis 2013 MdB und von 2009 - 2013 Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patienten) und K.-Dieter Voß (bis 2010 Vorstand des GKV-Spitzenverbands) inne. Folgende Prüfaufträge lagen der Arbeit der Experten zugrunde:

- Präzisierung des neuen Begutachtungsinstruments und Aktualisierung der Datengrundlagen;
- Erarbeitung einer Grundlage für die leistungsrechtliche Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs;
- Erarbeitung einer Übergangsregelung, die sicherstellt, dass Leistungsempfänger durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden;
- Anpassung von Vertrags- und sonstigen Regelungen;
- Entwicklung eines Vorschlags zum Zusammenwirken unterschiedlicher Sozialleistungsträger, unter der Maßgabe, dass „Verschiebebahnhöfe“ vermieden werden.

Am 27. Juni 2013 übergab der Expertenbeirat dem Bundesminister für Gesundheit seine Empfehlungen zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.[17] Auf dieser Grundlage konnten wichtige gesetzliche Vorbereitungsschritte für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs unternommen werden. So starteten am 8. April 2014 zwei Erprobungsstudien[18]: Im Rahmen einer „Praktikabilitätsstudie“, die der

[16] www.bundesgesundheitsministerium.de/Bericht-Ueberpruefung-Pflegebeduerftigkeitsbegriff
[17] www.bundesgesundheitsministerium.de/Bericht-Ausgestaltung-Pflegebeduerftigkeitsbegriff
[18] www.bundesgesundheitsministerium.de/PM_Erprobung-neuer-pflegebeduerftigkeitsbegriff

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) gemeinsam mit der Hochschule für Gesundheit Bochum (hsg) durchgeführt hat, kam das neue Begutachtungsinstrument in der Begutachtung von rd. 1.700 erwachsenen Antragstellern und 300 Kindern zur Anwendung.[19] Ziel war es, die Empfehlungen des Expertenbeirats zur Präzisierung des Begutachtungsinstruments anhand einer repräsentativen Stichprobe von Antragstellern zu evaluieren. Gleichzeitig sollten wichtige Hinweise für den Regeleinsatz des Instruments in der Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste und MEDICPROOF gewonnen werden.

In einer zweiten Erprobungsstudie, durchgeführt von Wissenschaftlern der Universität Bremen und der Ostfalia Hochschule Wolfsburg, wandten Gutachter der Medizinischen Dienste das neue Begutachtungsinstrument bei knapp 1.600 Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen an.[20] Zugleich fand eine Erhebung der Versorgungsaufwände bei diesen Bewohnern statt. Auf diese Weise wurde eine fundierte Datengrundlage geschaffen, die auch der Ausgestaltung der zukünftigen Leistungen diente. Die Ergebnisse beider Studien bestätigten die Einführungsreife des neuen Begutachtungsinstruments und zeigten insbesondere, dass es geeignet ist, die Zielsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die Gleichbehandlung körperlich, psychisch und kognitiv beeinträchtigter Menschen, zu erreichen. Zahlreiche Ergebnisse der Studie gingen zudem direkt in die weiteren gesetzgeberischen Arbeiten zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein.

Bereits mit einer „Vorziehregelung“ (§ 17a SGB XI) im Rahmen des Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetzt - PrävG)[21] wurde der GKV-Spitzenverband in Vorbereitung auf die Umstellung der Begutachtung in der Pflegeversicherung verpflichtet, unter Beteiligung des MDS bis April 2016 die Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 17 SGB XI auf der Grundlage des neuen Begutachtungsinstruments zu erarbeiten. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schließlich gesetzlich verankert und wird am 1. Januar 2017 Gültigkeit erhalten.

[19] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_12.pdf

[20] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_13.pdf

[21] Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) vom 17. Juli 2015, BGBl. I, S. 1368, in weiten Teilen in Kraft getreten am 25. Juli 2015 sowie bezüglich der Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch am 1. Januar 2016.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

2.1.3. Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz

Ziel der Pflegepolitik der Bundesregierung war und ist es, insbesondere auch die Situation von Menschen mit Demenz durch Reformen in der Pflegeversicherung zu verbessern. Um den Betroffenen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu gewährleisten, bedarf es jedoch auch weiterer Maßnahmen, die über die Gesetzgebung hinausgehen und auch Aktivitäten gesellschaftlicher Akteure verlangen. Darüber hinaus zielt die Bundesregierung darauf, mit der Förderung von Forschungsmaßnahmen die Situation der Betroffenen zu verbessern. Darüber hinaus setzt sie sich im europäischen und internationalen Kontext für die Zusammenarbeit und den Austausch zwischen verschiedenen Ländern ein, um die Verbreitung von guten Praxisbeispielen im Umgang mit Menschen mit Demenz sowie zur Forschungsförderung in diesem Bereich zu unterstützen.

Allianz für Menschen mit Demenz und Lokale Allianzen

Um die Lebensqualität von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung zu verbessern, hat die Bundesregierung 2012 die „Allianz für Menschen mit Demenz“ ins Leben gerufen. Die Allianz ist als AG C.2 Bestandteil der Demografiestrategie der Bundesregierung unter gemeinsamer Federführung von BMG und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Den Ko-Vorsitz hat die Deutsche Alzheimer Gesellschaft inne. Gestaltungspartner sind u. a. Länder, kommunale Spitzenverbände und Fachverbände, Bundesressorts und Vertreter der Wissenschaft. Die Allianz soll ein Netzwerk auf Bundesebene aufbauen, das Verantwortliche zusammenführt, um die Lebenssituation betroffener Menschen nachhaltig zu verbessern und zugleich eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit für demenzielle Erkrankungen zu bewirken. Mit Unterzeichnung der Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ am 15. September 2014, die in vier Handlungsfeldern mehr als 150 konkrete Maßnahmen vorsieht, verpflichten sich die Gestaltungspartner zur Umsetzung in ihrer jeweiligen Zuständigkeit. Der Umsetzungsprozess wird von einem Monitoring begleitet. Ein Zwischenbericht wurde anlässlich des Welt-Alzheimertages am 21. September 2016 veröffentlicht, der Abschlussbericht ist für 2018 vorgesehen.[22] Die Agenda ist ein wichtiger Grundstein einer Nationalen Demenzstrategie.

Eine zentrale Maßnahme der Agenda ist das Förderprogramm des BMFSFJ zur Entwicklung von bis zu 500 Lokalen Allianzen. In Lokalen Allianzen sollen sich Partner vernetzen, um durch konkrete Maßnahmen in der Kommune Einfluss darauf zu nehmen, dass Demenzerkrankte ebenso wie ihre pflegenden Angehörigen nicht ausgegrenzt werden, son-

[22] www.bundesgesundheitsministerium.de/Zwischenbericht-Allianz-fuer-Demenz

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

dern verständnisvoll und einfühlsam ihren Bedürfnissen entsprechend akzeptiert werden und dort, wo erforderlich, individuelle Hilfe und Unterstützung erfahren. Damit werden Hilfenetzwerke im Lebensumfeld Demenzerkrankter geschaffen, die dazu beitragen, ihnen so lange wie möglich den Verbleib in ihrem gewohnten sozialen Umfeld zu ermöglichen.

Zum 31. Dezember 2015 gab es 372 Standorte aus vier Förderwellen. Weitere Lokale Allianzen der 5. Welle werden voraussichtlich am 1. September 2016 ihre Arbeit aufnehmen können, so dass Ende 2016 die Zielgröße von 500 Standorten erreicht wird. Eine Wirkungsanalyse ist nach Abschluss des Programms in 2018 vorgesehen.

Jede Lokale Allianz erhält vom BMFSFJ für zwei Haushaltsjahre 10.000 Euro für vernetzungsbedingte Aufwendungen, nicht jedoch für Personalkosten des Trägers. Gefördert wird nach den Richtlinien des Bundesaltenplans. Insgesamt sind für die Lokalen Allianzen von 2012 bis 2015 rd. 2,4 Mio. Euro aufgewendet worden.

Zukunftswerkstatt Demenz

Zur Verbesserung von Koordination und Vernetzung in der Versorgung von Menschen mit Demenz wurde das Förderprogramm „Zukunftswerkstatt Demenz" aufgelegt. Ziel war, die zuvor im „Leuchtturmprojekt Demenz“ gewonnenen Erkenntnisse zu ergänzen und Möglichkeiten zu erarbeiten, erfolgreiche Konzepte in die Fläche zu tragen. Besonderen Handlungsbedarf wurde thematisch bei regionalen Demenznetzwerken und der Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz gesehen. Sieben Projekte wurden für die Förderung im Rahmen der Zukunftswerkstatt Demenz ausgewählt und haben im II. Quartal 2012 ihre Arbeit aufgenommen. Die Projekte endeten im Laufe des Jahres 2015. Eine Broschüre mit den Ergebnissen der Zukunftswerkstatt Demenz wurde erarbeitet und liegt vor.

Weitere Fördermaßnahmen

Im Jahr 2015 wurde vom BMG die Förderung des Projektes „Demenz Partner“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft begonnen. Das Projekt soll die Bevölkerung mit Hilfe von Kursen für das Thema Demenz sensibilisieren. Es ist im Jahr 2016 erfolgreich gestartet.[23]

Das BMFSFJ hat im Rahmen der Initiative „Wissens- und Hilfenetzwerke im Umgang mit Demenz“ eine Reihe von Maßnahmen gefördert. Einige, wie z. B. das bundesweite Alzheimer-Telefon oder das Internetportal „Wegweiser Demenz“[24] werden konsequent unterstützt und ausgebaut.

[23] https://www.demenz-partner.de
[24] www.wegweiser-demenz.de

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Ein Schwerpunkt liegt dabei auf Projekten, die die Teilhabe der Erkrankten am gesellschaftlichen Leben fördern und der Verpflichtung der UN-Behindertenrechtskonvention zur Inklusion gerecht werden. Dazu gehören z. B. „Mehr Teilhabe für Menschen mit Demenz ermöglichen“, „Was geht! Sport, Bewegung und Demenz“ und „Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Migranten mit Demenz, Nasch Dom“.

Mit dem Ziel der Sensibilisierung von Kindern und Jugendlichen wurden die Maßnahmen „Mehrgenerationenhäuser als Orte für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen“ sowie ein Unterrichtshandbuch im Gefolge des Schülerwettbewerbs „Alzheimer & you“ gefördert (siehe auch *Studien im Anhang A*).

Im Rahmen des Projekts „Neue Wege der Angehörigenunterstützung – E-Learning und Beratung bei Demenz“ – sind Module entwickelt und erprobt worden, die pflegenden Angehörigen unabhängig von Ort und Zeit helfen, die Erkrankung besser zu verstehen und mit den Auswirkungen umzugehen. Begleitend wird das Alzheimer-Telefon (mit jährlich etwa 5.500 eingehenden Anrufen) eingesetzt. Die Module werden nach Fertigstellung im September 2016 auf dem Wegweiser Demenz[25] eingestellt.

Die Begleitung von Menschen mit Demenz in der letzten Lebensphase verlangt besondere Kenntnisse und Rahmenbedingungen. Im Rahmen eines Forschungsprojekts am Zentrum für Palliativmedizin an der Universitätsklinik Köln ist deshalb ein Leitfaden entwickelt worden, der die besonderen palliativen Bedürfnisse von Menschen mit fortgeschrittener Demenz in der stationären Altenhilfe berücksichtigt. Aktuell werden Implementierung mit Evaluation im stationären wie der Transfer ins ambulante Setting gefördert.

Mit Einrichtung und Evaluierung von „Kompetenzzentren für gehörlose Menschen im Alter – insbesondere für Menschen mit Demenz“ – wird der Zugang zur Versorgung für diese spezielle Gruppe erleichtert, Multiplikatoren qualifiziert und gesellschaftliche Teilhabe gesichert. In Anlehnung am erfolgreichen Beispiel von Nordrhein-Westfalen und Sachsen werden inzwischen Interessenvertretungen in weiteren Bundesländern beim Aufbau von Kompetenzzentren beraten und begleitet. Darüber hinaus wird die Arbeit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz kontinuierlich und projektbezogen unterstützt.

International

Auf internationaler und europäischer Ebene wirkte die Bundesregierung daran mit, Verbesserungen für Menschen mit Demenz zu verbreiten.

[25] http://www.wegweiser-demenz.de

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Beim Treffen der deutschsprachigen Gesundheitsminister (Deutschland, Liechtenstein, Luxemburg, Österreich und Schweiz) vom 21.-22. August 2014 wurde als erste Maßnahme die Durchführung eines gemeinsames Arbeitssymposiums beschlossen, um den Erfahrungsaustausch weiter fortzuführen und zu vertiefen. Das Symposium „Herausforderungen Demenz“ fand am 4./5. Juni 2015 in Bern statt. Es hatte zum Ziel, das Wissen aus der Praxis aus allen fünf Ländern zusammenführen. Zudem wurde eine Plattform geboten, um länderspezifische «Best Practices» im Umgang mit den aktuellen Herausforderungen auszutauschen.

Zur Diskussion standen die Herausforderungen in den vier Bereichen «Sensibilisierung der Bevölkerung», «Prävention/Sekundärprävention», «Betreuung zu Hause und Unterstützung der Betroffenen» sowie «Zusammenarbeit in der Versorgung». In einem Tagungsbericht sind die Diskussionen und Lösungsansätze dokumentiert und zusammengefasst.[26]

Unter dem Titel "*Global Action Against Dementia*" fand am 16. und 17. März 2015 zum ersten Mal eine WHO-Ministerkonferenz in Genf statt, bei der die Gesundheitsminister der WHO-Mitgliedsstaaten zusammen mit Experten aus Wissenschaft, Medizin und von Nicht-Regierungs-Organisationen (NGOs) diskutierten. Die Konferenz schloss eine Reihe von internationalen Tagungen ab, die im Nachgang zu einem Demenzgipfel der G7-Gesundheitsminister im Dezember 2013 in London durchgeführt wurden. Ziel war es, die öffentliche Aufmerksamkeit auf die Krankheit Demenz zu lenken, sich über den aktuellen Stand der Forschung auszutauschen und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu finden, wie das Ausmaß der Erkrankung verringert und Betroffene und ihre Angehörigen besser versorgt und unterstützt werden können.

Expertentreffen der EU-Kommission in Luxemburg: "*Group of Governmental Experts on Dementia*": Beim Treffen der Expertengruppe im Juni 2015 fand ein intensiver Wissensaustausch unter den Mitgliedstaaten zu den verschiedenen Demenzplänen und Strategien statt. In der Folge wurden unter der EU-Ratspräsidentschaft von Luxemburg im zweiten Halbjahr 2015 die Ratsschlussfolgerungen zum Thema Demenz beschlossen. Mit den Ratsschlussfolgerungen vom 7. Dezember 2015 („Schlussfolgerungen des Rates über die Unterstützung von Menschen mit Demenz: Verbesserung der Strategien und Verfahren im Pflegebereich“) wurden gemeinsame Ziele, Handlungsfelder und eine Zusammenarbeit in der Demenz-Politik auf EU-Ebene festgelegt. Die Umsetzung auf Arbeitsebene erfolgt in der "*Group of Governmental Experts on Dementia*", in der neben allen Mitglied-

[26] http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/15454/15455/index.html?lang=de

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

staaten, auch die WHO und die OECD vertreten sind. Sie wird von der EU-Generaldirektion *SANTE* koordiniert. Die Expertengruppe wird zunächst den Sachstand zur Demenzpolitik in den Mitgliedstaaten weiter zusammentragen und dann unverbindliche Leitlinien ausarbeiten, die auf einer umfassenden und integrierenden Sichtweise zu Demenz beruhen.

Forschung

Die Bundesregierung unterstützt zudem auf vielfältige Weise die Forschung, um die Situation von Menschen mit Demenz zu verbessern. Dieses Ziel wird zudem auch im Rahmen der EU-Forschungsförderung verfolgt.

Im Zuge des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung gründete die Bundesregierung die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung, um die universitäre und außeruniversitäre Forschung zu einigen besonders bedeutsamen Volkskrankheiten zu bündeln und die Anwendung ihrer Ergebnisse zu beschleunigen. Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) wurde im Jahr 2009 als erstes Deutsches Zentrum der Gesundheitsforschung vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den beteiligten Bundesländern gegründet. Ziel des DZNE ist die umfassende Aufklärung der Ursachen neurodegenerativer Erkrankungen sowie die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und innovativen Therapien. Dafür werden vom Bund jährlich über 74 Mio. Euro allein im Wege der institutionellen Förderung zur Verfügung gestellt. Das DZNE hat ein Kernzentrum in Bonn und deutschlandweit acht weitere Partnerstandorte. Von Bonn aus wird auch die Rheinland-Studie, eine Kohorte mit geplant bis zu 30.000 Personen, über Jahrzehnte hin koordiniert, um frühe Biomarker und Risikofaktoren der Neurodegeneration zu identifizieren. 2015 wurde das erste Untersuchungszentrum in Bonn-Beuel eröffnet. Der DZNE-Standort Witten hat einen thematischen Schwerpunkt im Bereich der Versorgungsforschung bei Patienten mit Demenz. Ziel ist es, evidenzbasierte Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz zu entwickeln und die Ausbildung von Pflegepersonal zu verbessern.

Das BMFSFJ förderte zwei Forschungsprojekte, in denen die positive Wirkung von Märchen[27] sowie von Kneippschen Anwendungen auf herausforderndes Verhalten von an Demenz erkrankten Menschen in Pflegeeinrichtungen[28] nachgewiesen werden konnte (vgl. Anhang A).

Die Förderung europäischer Forschungsprojekte zur Evaluation von Strategien und Interventionen der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Joint Programming Initiative

[27] http://www.märchenland.de/veranstaltungen/maerchen_und_demenz.html
[28] http://www.zqp.de/upload/content.000/id00214/attachment04.pdf

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

für neurodegenerative Erkrankungen (JPND) hat die europaweite Bündelung und Stärkung der Forschung im Bereich altersbedingter, neurodegenerativer Erkrankungen zum Ziel. Diese stellen gegenwärtig eine der größten medizinischen, sozialen und gesellschaftlichen Herausforderungen aller Industrienationen weltweit dar. Im Rahmen der transnationalen Bekanntmachung zum Thema „Evaluation von Strategien und Interventionen der Gesundheitsversorgung bei neurodegenerativen Erkrankungen“ fördert das BMBF seit 2014 in fünf Forschungsverbünden neun Vorhaben deutscher Forschungsgruppen mit 2,9 Mio. Euro.

Der Schwerpunkt liegt auf der Erforschung der Alzheimer-Erkrankung, an der alleine in Deutschland derzeit etwa 1,2 Mio. Menschen erkrankt sind. JPND will die Wirkungskraft der Forschung stärken, indem die nationalen Forschungsprogramme besser aufeinander abgestimmt werden. Gleichzeitig sollen gemeinsame Forschungsaktivitäten durchgeführt werden, die besonders von gemeinschaftlichem und grenzüberschreitendem Handeln profitieren. In einem Forschungsprojekt wird beispielsweise der Zugang zu Pflege- und Versorgungsangeboten in acht verschiedenen Ländern Europas untersucht. Dabei werden die Gesundheits- und Demenzversorgungssysteme der beteiligten Länder miteinander verglichen. Andere Projekte adressieren Pflege- und Hilfsangebote für Patienten mit Parkinson in späten Krankheitsstadien, oder die Versorgung von Menschen mit früh beginnender Demenz.

Darüber hinaus wurde ein Förderschwerpunkt „Pflegeinnovationen für Menschen mit Demenz“ beim BMBF eingerichtet, in dessen Rahmen seit 2015 Forschungsprojekte zur persönlichen Lebensdokumentation, Musiksystemen zur Therapie und Aktivierung, interaktiver Biografiearbeit und Erinnerungspflege, zu Mobilisierungs-Assistenten, intelligenten Notfallketten im Quartier als Backupstruktur, individueller Aktivierung sowie zu Pflegecoaching für die optimale Unterstützung von Menschen mit Demenz durchgeführt wurden. Ergebnisse dieser Forschungsprojekte werden im Jahr 2018 erwartet.

2.1.4. Stärkung des Grundsatzes Prävention und Rehabilitation vor Pflege (§ 5, § 18 Abs. 1 und 6 SGB XI, § 18a SGB XI, § 31 Absatz 3 i. V. m. § 14 SGB IX)

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (§ 1 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Leistungen der Prävention und Rehabilitation sollen dazu beitragen, dass Pflegebedürftigkeit vermieden, beseitigt, gemindert oder eine Verschlimmerung verhütet (vgl. § 8 Abs. 1 und 3SGB IX) und die Selbständigkeit erhalten und gestärkt wird.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Die Gutachter der MDK überprüfen daher bei jeder Pflegebegutachtung im Auftrag der Pflegekassen, ob Maßnahmen der Prävention zu empfehlen sind, ob ein Rehabilitationsbedarf des Antragstellers vorliegt und ob eine Indikation für eine medizinische Rehabilitation besteht (§ 18 Abs. 1 und 6 SGB XI, § 8 Abs. 1 und 3 SGB IX). Seit dem PfWG hat eine Indikation zur medizinischen Rehabilitation, die im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ausgesprochen wird, verbindliche Wirkung, d. h. die Pflegekasse informiert unverzüglich den Antragsteller und seinen behandelnden Arzt und leitet dem zuständigen Rehabilitationsträger eine Mitteilung zu (§ 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB XI). Voraussetzung ist, dass der Antragsteller seine Zustimmung hierfür erteilt. Ist das der Fall, gilt die Mitteilung der Pflegekasse an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 SGB IX, ein gesonderter Antrag bzw. die Verordnung einer medizinischen Rehabilitation durch den Vertragsarzt ist nicht notwendig.

Mit dem PNG wurde diese Regelung in ihrer praktischen Durchsetzung gestärkt: Im Rahmen der Begutachtung ist für jeden Antragsteller eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu erstellen. Diese Rehabilitationsempfehlung hat konkrete und nachvollziehbare Aussagen über notwendige und empfehlenswerte Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zu enthalten und informiert über Gründe, die ggfs. einer Rehabilitationsindikation entgegenstehen (§ 18a Abs. 1 SGB XI). Falls laut gutachterlicher Einschätzung keine Indikation für eine medizinische Rehabilitation besteht, sind der Pflegekasse erfolgversprechende Einzelleistungen, wie etwa Heilmittel oder präventive Maßnahmen zu empfehlen und in der gesonderten Rehabilitationsempfehlung festzuhalten. Gemäß § 18a Abs. 1 SGB XI hat der Antragsteller einen Anspruch auf die Zusendung dieser ausführlichen Rehabilitationsempfehlung (§ 18a Abs. 1 SGB XI).

Im Zuge der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben des PNG wurde das Verfahren zur Feststellung einer möglichen Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsindikation präzisiert: Hierzu diente das Projekt „Reha XI - Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK“, das der GKV-Spitzenverband und der MDS in der Zeit von Februar 2013 bis Februar 2014 durchgeführt haben. Begleitet wurde das Projekt von Wissenschaftlern des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS). Ziel war es, den Verfahrensablauf der „Reha-Begutachtung“ offen zu legen, mögliche Schwachstellen zu identifizieren und eine Grundlage für notwendige Qualitätsverbesserungen zu schaffen.[29] Auf der Basis dieser Ist-Analyse wurde ein optimierter Begutachtungsstandard entwi-

[29] Rothgang, H., Huter, K., Kalwitzki, T. & Mundhenk, R. (2014). Reha XI. Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung des MDK; Evaluation und Umsetzung - Kurzbericht. URL: http://tinyurl.com/RehaXI-Pflegebegutachten (letzter Aufruf: 19. Oktober 2016).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

ckelt, der insbesondere auf professionsübergreifende und bundesweit einheitliche Schulungen von Pflegefachkräften und ärztlichen Gutachtern zur Reha-Bedarfsfeststellung abzielt.

Seit Januar 2015 kommt dieser Begutachtungsstandard flächendeckend zur Anwendung und hat bereits erste Wirkungen entfaltet: Für das Berichtsjahr 2015 weist die Begutachtungsstatistik des MDS eine absolute Anzahl von 29.561 positiven Rehabilitationsempfehlungen allein bei Regelbegutachtungen[30] nach beantragten ambulanten Leistungen aus. Das entspricht bei einer Gesamtzahl von 1.286.502 ambulanter Regelbegutachtungen einer Reha-Empfehlungsquote für das Jahr 2015 von 2,3 Prozent. Im Berichtsjahr 2014 lag die Quote noch bei 1,0 Prozent, 2013 bei 0,7 Prozent.

Mit dem PNG wurden die Pflegekassen verpflichtet, für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der MDK zur medizinischen Rehabilitation zu berichten (§ 18a Abs. 3 SGB XI). Hiernach zeigt sich, dass nicht in allen Fällen einer positiven Rehabilitationsempfehlung durch den MDK auch eine Einwilligung des Antragstellers zu deren Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger erfolgt: Laut Angaben des GKV-Spitzenverbands wurden im Berichtsjahr 2015 bei den Pflegekassen 16.064 Zuweisungsempfehlungen der MDK zur medizinischen Rehabilitation statistisch erfasst[31]. 7.883 Zuweisungsempfehlungen mündeten in einen Antrag nach § 31 Absatz 3 i. V. m. § 14 SGB IX, weil der Antragsteller seine Zustimmung erklärt hat; das entspricht 49,1 Prozent. 6.338 Anträge wurden laut Statistik der Pflegekassen genehmigt (80 Prozent). Nicht genehmigt wurden Anträge zuvörderst, wenn sich Gesundheitszustand des Antragstellers zwischenzeitlich so verschlechtert hat, dass eine Rehabilitationsfähigkeit oder auch eine positive Rehabilitationsprognose nicht mehr gegeben war. Von den 6.338 genehmigten Leistungen der medizinischen Rehabilitation wurden 2015 ca. 4.500 auch in Anspruch genommen.

Seit dem PrävG wird bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zudem immer auch ermittelt, ob ein Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Leistungen nach

[30] Regelbegutachtungen umfassen Begutachtungen nach erstmaliger Antragstellung auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (Erstbegutachtungen), Änderungsgutachten nach Anträgen auf Höherstufung oder Rückstufung, Wiederholungsbegutachtungen sowie Widersprüche. Änderungsgutachten und Wiederholungsbegutachtungen werden als Folgebegutachtungen bezeichnet.

[31] Im Bericht GKV-Spitzenverband nach § 18a Abs. 3 SGB XI für das Jahr 2015 wird darauf hingewiesen, dass in der Statistik der Pflegekassen eine vom MDK abweichende Anzahl positiver Rehabilitationsempfehlungen erfasst worden sei. Ursache sei ein Präzisierungsbedarf der Ausfüllanleitungen, die der jährlichen Berichterstattung gemäß § 18a Abs. 3 SGB XI zugrundliegen. Bis 2016 soll dieser Präzisierungsbedarf behoben sein. Mit dem PSG II wurde die Berichtspflicht gemäß § 18a Abs. 3 SGB XI bis zum Jahr 2018 verlängert.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

§ 20 Abs.1 SGB V besteht. Zudem ist im Rahmen einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung, die die bisherige gesonderte Rehabilitationsempfehlung erweitert, zu dokumentieren, welche Maßnahmen der Prävention geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Zudem bieten viele stationäre Pflegeeinrichtungen bereits heute präventive Maßnahmen an. *Tabelle* 4 zeigt die Ergebnisse eine Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Evaluationsstudie zu bestimmten präventiven Angeboten. Angegeben ist, welcher Prozentsatz stationärer Pflegeeinrichtungen präventive Leistungen bzw. Therapien anbietet, wie viel Prozent der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen diese Angebote in den letzten zwölf Monaten in Anspruch genommen haben und wie viel Prozent dies auf der Grundlage einer Empfehlung des MDK bzw. einer ärztlichen Verordnung getan haben bzw. tun. Dabei zeigt sich, dass in der großen Mehrheit der Pflegeeinrichtungen nach eigenen Angaben bereits ein sehr umfangreiches und ausdifferenziertes Angebot an präventiven Angeboten besteht, von der auch ohne eine MDK-Empfehlung oder ärztliche Verordnung häufig schon etwa die Hälfte der Bewohner profitiert. Deutlich wird auch, dass die Inanspruchnahme deutlich höher ist, wenn eine MDK-Empfehlung oder ärztliche Verordnung vorliegt, was ein Hinweis auf den Nutzen der gesonderten Präventionsempfehlung des MDK sein kann.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 4: Angebot an bestimmten, präventiven Angeboten sowie deren Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten (insgesamt und aufgrund einer MDK-Empfehlung bzw. einer ärztlichen Verordnung (in Prozent)

Leistungen/ Therapien	Als Angebot in Einrichtung vorhanden	Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten unabhängig von einer MDK-Empfehlung oder unabhängig von ärztlichen Verordnung	Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten aufgrund einer MDK-Empfehlung oder aufgrund ärztlicher Verordnung
Gedächtnis-/ Orientierungstraining	94	56	92
Kontinenz-/ Toilettentraining	93	42	91
Kraft- und Balancetraining (Sturzprophylaxe)	86	46	86
Basale Stimulation, Validation	84	33	67
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	83	47	85
Musik- oder Tanztherapie (speziell für Menschen mit Demenz)	72	24	96
Ergotherapie	69	19	85
Logopädie (Stimm- und Sprachtraining)	51	7	77
Massagen, Bäder, Rotlicht oder Elektrotherapie	26	7	71

Quelle: Evaluationsstudie BMG

Weitere ausgewählte Forschungsvorhaben zu dieser Thematik finden sich im Anhang A dieses Berichts.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2.2. Stärkung pflegender Angehöriger

1,33 Mio. Pflegebedürftige bezogen 2015 Pflegegeld. Weitere 408.000 Pflegebedürftige kombinierten Pflegegeld mit Pflegesachleistungen. Die große Bereitschaft von Angehörigen – und dies umfasst auch nahestehende Personen – zur Übernahme pflegerischer Aufgaben und zur Integration dieser Verpflichtung in ihren Alltag ermöglicht es vielen Pflegebedürftigen, so selbständig und selbstbestimmt wie möglich zu leben. Um diese Bereitschaft weiter zu stärken und die Situation pflegender Angehöriger zu verbessern, wurde im Berichtszeitraum eine Vielzahl von Maßnahmen ergriffen:

Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf
Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf sind zum 1. Januar 2015 wesentliche Änderungen für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf im Pflegezeitgesetz (PflegeZG), im Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) sowie im SGB XI in Kraft getreten. Die bereits bestehenden Regelungen im Pflegezeitgesetz und im Familienpflegezeitgesetz wurden miteinander verzahnt und weiterentwickelt.

Das schon bisher bestehende Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung, wonach Beschäftigte die Möglichkeit haben, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen, wurde durch die Einführung eines Anspruchs auf Pflegeunterstützungsgeld als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt ergänzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt und entspricht in der Höhe in etwa den Leistungen, die bei Erkrankung eines Kindes seitens der Krankenversicherung gewährt werden. Im Jahr 2015 sind für das Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a SGB XI rd. 3,5 Mio. Euro aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung geflossen (vgl. Anhang *Tabelle 64*). Nach Informationen des GKV-Spitzenverbandes wurde im ersten Halbjahr 2015 in 4.552 Fällen ein Pflegeunterstützungsgeld bezogen.[32] Es ist davon auszugehen, dass diese Zahlen mittel- und langfristig deutlich ansteigen werden.

Um pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen, können sich Beschäftigte von der Arbeitsleistung bis zu sechs Monaten vollständig oder teilweise freistellen lassen (Pflegezeit). Seit dem 1. Januar 2015 können nahe Angehörige pflegebedürftiger Minderjähriger eine der Pflegezeit entsprechende Freistellung auch zur Betreuung

[32] Der GKV-Spitzenverband konnte aufgrund der umfangreichen Arbeiten im Zuge der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes keine Fallzahlen für das komplette Jahr 2015 zur Verfügung stellen, hat die Übermittlung dieser Information aber für das erste Quartal 2017 angekündigt.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

in außerhäuslicher Umgebung in Anspruch nehmen. Ein Anspruch auf Freistellung von bis zu drei Monaten besteht für die Begleitung von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase. Die Freistellungsansprüche nach dem Pflegezeitgesetz bestehen gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten.

Auf die Familienpflegezeit, d. h. die teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden, besteht seit 1. Januar 2015 ein Rechtsanspruch gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 25 Beschäftigen, ausgenommen der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten. Eine Freistellung nach dem FPfZG kann darüber hinaus für die außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in Anspruch genommen werden. Die Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden trägt dazu bei, dass Beschäftigte ihre Erwerbstätigkeit wegen der Pflege nicht ganz aufgeben müssen. Die Gesamtdauer aller Freistellungen liegt bei 24 Monaten.

Für die Dauer der Freistellungen nach dem PflegeZG und nach dem FPfZG ist eine finanzielle Förderung durch ein zinsloses Darlehen möglich. Die Förderung ist auch dann möglich, wenn in kleineren Betrieben auf freiwilliger Basis eine Freistellung vereinbart wurde. Das zinslose Darlehen, das beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt werden kann, soll den Verdienstausfall während der Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz abfedern, und wird in monatlichen Raten ausgezahlt. Es wird durch die Beschäftigten direkt beim BAFzA beantragt und ist im Anschluss an die Freistellung innerhalb von 48 Monaten nach Beginn der Freistellung in möglichst gleichbleibenden monatlichen Raten zurückzuzahlen. Zur Vermeidung einer besonderen Härte wurde eine Härtefallregelung aufgenommen, die die Möglichkeit einer Stundung, eines Teildarlehenserlasses oder auch ein Erlöschen der Darlehensschuld vorsieht. Im Jahr 2015 wurden 312 zinslose Darlehen beantragt, davon wurden 259 bewilligt.

Mit dem „Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf für Beamte des Bundes sowie Soldaten sowie zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften“, das am 28. Oktober 2016 in Kraft getreten ist, wird das für die Privatwirtschaft und für Tarifbeschäftigte seit dem 1. Januar 2015 geltende Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf im Wesentlichen wirkungsgleich im Beamten- und Soldatenbereich nachvollzogen. Für Beamte sowie Soldaten wird ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit und Pflegezeit eingeführt; sie können zugleich einen Vorschuss in Anspruch nehmen, um während der (teilweisen) Freistellung ihren Lebensunterhalt besser bewältigen zu können.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Das BMFSFJ lässt Bevölkerungsbefragungen durchführen, um Erkenntnisse über den Stellenwert, die Wirksamkeit und den Bekanntheitsgrad der Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf zu gewinnen. Eine Befragung, die vom 15. bis zum 20. Oktober 2015 erfolgte, ergab, dass sechs von sieben abhängig Beschäftigten eine berufliche Auszeit für die Pflege eines nahen Angehörigen in Erwägung ziehen würden. Fast neun von zehn Befragten halten den Anspruch auf Familienpflegezeit für sinnvoll, dies gilt vor allem für die Berufstätigen selbst. Jeweils mehr als vier von fünf Bürgern befürworten eine berufliche Auszeit zur Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen oder zur Begleitung in der letzten Lebensphase.

Im Oktober 2015 hat das BMFSFJ den unabhängigen Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf eingesetzt, der sich mit allgemeinen Fragen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf befasst, die Umsetzung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen begleitet und über deren Auswirkungen berät. Alle vier Jahre, erstmals zum 1. Juni 2019, wird der Beirat dem BMFSFJ einen Bericht vorlegen und kann hierin Handlungsempfehlungen aussprechen.

Die neuen Regelungen enthalten keine Normierung einer Bundesstatistik, um die Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz zu erfassen. Daher wurde eine repräsentative Bevölkerungsbefragung durch TNS Emnid im Rahmen einer Mehrthemenbefragung im Zeitraum von März 2016 bis August 2016 durch das BMFSFJ in Auftrag gegeben, um Anhaltspunkte dafür zu erhalten, in welchem Umfang die Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz und nach dem Familienpflegezeitgesetz in Anspruch genommen werden.

Für Personen, die seit 1. Januar 2015 eine Pflegezeit, eine Familienpflegezeit oder eine Freistellung für die auch außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen oder die Begleitung in der letzten Lebensphase in Anspruch genommen haben, wurde auf der Grundlage dieser Stichprobe eine untere Grenze der Inanspruchnahme von 68.288 Personen ermittelt.

Weitere Erkenntnisse werden vorliegen, wenn die Ergebnisse der vom BMFSFJ in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Untersuchung des Pflegezeitgesetzes und Familienpflegezeitgesetzes im kommenden Jahr vorliegen werden.

Die Evaluationsstudie zeigt, dass jedenfalls das Pflegeunterstützungsgeld bereits einen hohen Bekanntheitsgrad bei den Betroffenen aufweist: Es ist 33 Prozent der Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen bekannt. Gleichzeitig gaben allerdings nur sechs Prozent der be-

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

fragten Pflegehaushalte an, dass die Hauptpflegeperson oder ein anderer naher Angehöriger von der Möglichkeit einer beruflichen Freistellung – ob mit oder ohne Pflegeunterstützungsgeld – Gebrauch gemacht haben. *Tabelle 5* zeigt, welche Gründe dafür angegeben wurden, dass vom Recht auf berufliche Freistellung kein Gebrauch gemacht wurde. Dabei wird deutlich, dass 55 Prozent der Befragten eine Auszeit deswegen nicht genommen haben, weil sie zur Bewältigung der Situation nicht erforderlich war. Auch gaben 27 Prozent an, dass der Angehörige zum Zeitpunkt des Pflegeeintritts nicht abhängig beschäftigt war. Damit sind zwei häufig bis sehr häufig genannte Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme unabhängig von der konkreten Ausgestaltung des Leistungsanspruchs. Nur 25 Prozent derer, die keine Freistellung in Anspruch nahmen, gaben zudem an, dass der Grund für die Nichtinanspruchnahme war, dass der Anspruch nicht bekannt war. Dies zeigt, dass keine hohen Hürden zu bestehen scheinen, das Pflegeunterstützungsgeld, sofern es den Betroffenen bekannt ist und ein entsprechendes Bedürfnis besteht, in Anspruch zu nehmen.

Tabelle 5: Gründe, warum die Möglichkeit zur beruflichen Freistellung (bis zu 10 Tagen) aufgrund kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nicht genutzt wurde (Mehrfachnennungen waren möglich)

Gründe	Angabe in Prozent
Der Anspruch war nicht bekannt	25
Die Auszeit war zur Bewältigung der Situation nicht erforderlich	55
Der/die pflegende Angehörige war zum Zeitpunkt des Pflegeeintritts nicht abhängig beschäftigt	27
Inanspruchnahme ist mit beruflichen Nachteilen verbunden	4
Aus finanziellen Gründen	3
Aufgrund besonderer Umstände am Arbeitsplatz	4
Aus persönlichen Gründen	9
Pflegebedürftigkeit trat ein, bevor es den Anspruch gab (vor 1.7.2008)	9
Sonstiges	8
Weiß nicht	1
Keine Angabe	1

Quelle: Evaluationsstudie BMG

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Unterstützung pflegender Angehöriger durch Mehrgenerationenhäuser

Die rund 450 vom BMFSFJ geförderten Mehrgenerationenhäuser unterstützen ebenfalls pflegende Angehörige bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, indem sie neben Informations- und Beratungsangeboten für pflegende Angehörige auch Angebote zur Betreuung von Pflegebedürftigen vorhalten und/oder solche Angebote ihrer Kooperationspartner vermitteln.

Flexibilisierung der Leistungsansprüche im SGB XI (§§ 37, 39, 41, 42 SGB XI)

Ziel der Gesetzgebung in der Pflege im Berichtszeitraum war es auch, zu einer weiteren Entlastung und Stärkung pflegender Angehöriger beizutragen. Mit dem PNG und insbesondere mit dem PSG I wurden daher die Leistungen der Pflegeversicherung, die diese Zielsetzung verfolgen, flexibilisiert und deutlich ausgeweitet. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Maßnahmen:

Seit Inkrafttreten der entsprechenden Regelung des PNG am 30. Oktober 2012 wird Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt, wenn Pflegebedürftige Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Damit werden die pflegenden Angehörigen entlastet, die möglicherweise bislang Kurzzeit- oder Verhinderungspflege nicht in Anspruch genommen haben, weil sie auf das (von den Pflegebedürftigen an sie weitergeleitete) Pflegegeld nicht vollständig verzichten konnten.

Ebenso kann seit Inkrafttreten des PSG I zum 1. Januar 2015 Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden, ohne dass sich hierdurch der Anspruch auf Pflegegeld oder Pflegesachleistungen verringert (siehe auch Kapitel 2.4.2). Damit wird ein höherer Anreiz gesetzt, die Tages- bzw. Nachtpflege zu nutzen. Ziel ist es, pflegenden Angehörigen durch Nutzung dieser Leistung die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu erleichtern. Die Evaluationsstudie zeigt, dass diese Maßnahme mittlerweile immerhin 45 Prozent der Pflegebedürftigen oder deren Hauptpflegeperson bekannt ist.

Seit dem 1. Januar 2015 können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zudem den ganzen Jahresbetrag, der ihnen für Verhinderungspflege zusteht, auch für Kurzzeitpflege verwenden. Die entsprechende Zeitgrenze wurde für diesen Fall von vier auf acht Wochen erhöht. Umgekehrt kann die Hälfte des Jahresbetrags für Kurzzeitpflege auch für Verhinderungspflege verwendet werden. Hier wurde die maximale Dauer der Inanspruchnahme von vier auf sechs Wochen erhöht.

Beide Regelungen führen dazu, dass Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowohl für Kurzzeit- als auch für Verhinderungspflege größere Zeiträume und höhere Geldbeträge

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

zur Verfügung stehen, wenn sie diese Leistungen nutzen wollen. Auch diese Maßnahme trägt daher zur Entlastung pflegender Angehöriger bei. *Tabelle 6* zeigt den Bekanntheitsgrad dieser neuen Regelungen. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass bereits viele Betroffene über die Möglichkeiten zur ausgedehnteren und flexibleren Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege informiert waren, dass aber andererseits viele Pflegebedürftige und Angehörige offenkundig noch Informationsbedarf haben.

Tabelle 6: Bekanntheit der Regelungen bzgl. der Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Regelung	Bekanntheitsgrad (in Prozent)
Sechs Wochen Verhinderungspflege statt vier Wochen	36
Verhinderungspflege zu 100 Prozent einsetzbar für Kurzzeitpflege	40
Acht Wochen Kurzzeitpflege statt vier Wochen	26
Kurzzeitpflege zu 50 Prozent einsetzbar für Verhinderungspflege	27
Kurzzeitpflege auch in anderen geeigneten Einrichtungen	36

Quelle: Evaluationsstudie BMG

Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige (§ 111, 111a SGB V)

Die Pflege eines Angehörigen oder eines nahestehenden Menschen kann sowohl körperlich als auch psychisch sehr belastend sein. Auch das Alter des Pflegenden spielt dabei eine Rolle: Handelt es sich bei pflegenden Angehörigen um Ehepartner, sind diese vielfach altersmäßig nahe beieinander. In der Evaluationsstudie wurden als private Hauptpflegeperson mit 32 Prozent Ehe- oder Lebenspartner angegeben sowie mit 37 Prozent Kinder, die ihre Eltern pflegen. 13 Prozent der Hauptpflegepersonen sind Eltern, die ihre Kinder pflegen und sechs Prozent Erwachsene, die Schwiegervater oder -mutter pflegen. Das Durchschnittsalter aller Hauptpflegepersonen in der Studie liegt bei 61 Jahren. Bei ausschließlicher Betrachtung der Ehe- oder Lebenspartner, liegt das Durchschnittsalter hingegen deutlich höher, nämlich bei 72 Jahren.

Mehr und mehr wird daher das Augenmerk nicht nur auf die Entlastung Pflegender gelegt werden müssen, sondern auch auf den Erhalt der Gesundheit dieser wichtigen Unterstützer. Bereits mit dem PNG wurde daher festgelegt, dass bei anstehenden Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in der GKV die besonderen Belange pflegender Angehöriger berücksichtigt werden sollen. Laut Evaluationsstudie ist 31 Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten bzw. der Hauptpflegepersonen oder sonstigen dem Pflegebedürftigen

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

nahestehenden Auskunftgebern der Anspruch auf eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme bekannt, allerdings haben nur sieben Prozent eine solche Maßnahme auch bereits in Anspruch genommen.

Verbesserung der rentenversicherungsrechtlichen Absicherung (§ 44 SGB XI)

Mit dem PNG wurde auch die rentenversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger verbessert. Ab einem zeitlichen Aufwand von 14 Stunden pro Woche wurden auch vorher schon je nach Zeitaufwand und Pflegestufe von der Pflegeversicherung Beiträge an die Rentenversicherung gezahlt. Neu eingeführt wurde die Regelung, dass die 14 Stunden auch durch die Addition des Pflegeaufwands für mehrere Pflegebedürftige erreicht werden können. Damit werden seither insbesondere Personen besser gestellt, die durch die Pflege mehrerer Angehöriger besonders stark belastet sind.

Einführung von zusätzlichen Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige (§§ 45b, 45c SGB XI)

Mit dem PSG I wurden im Rahmen der ambulanten Versorgung die niedrigschwelligen Betreuungsangebote um sog. Entlastungsangebote erweitert. Diese dienen unter anderem der Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende. Sie beinhalten z. B. die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder gezielte Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige zur Bewältigung des Pflegealltags. Zu den anerkennungsfähigen Entlastungsangeboten gehört ausdrücklich auch eine Pflegebegleitung, die die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten der pflegenden Angehörigen stärken oder stabilisieren und ihnen eine auf ihre individuelle Situation als nahestehende Pflegeperson abgestimmte, verlässliche Unterstützung an die Seite stellen soll. Der neue Leistungsanspruch wurde zum 1. Januar 2015 eingeführt und bedarf der Umsetzung durch landesrechtliche Regelungen. Der Umsetzungsstand ist hier je nach Bundesland unterschiedlich. Auf der Grundlage der Evaluationsstudie kann davon ausgegangen werden, dass gleichwohl bereits etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen bzw. der Hauptpflegepersonen weiß, dass es nunmehr auch Entlastungsangebote gibt, die gezielt auf Pflegepersonen ausgerichtet sind und diese entlasten sollen.

Selbsthilfeförderung (§ 45d SGB XI)

Selbsthilfe hat eine wichtige unterstützende Funktion insbesondere für pflegende Angehörige: In Selbsthilfegruppen können sich pflegende Angehörige mit anderen Betroffenen austauschen und sich Anregungen für die eigene Situation holen. Selbsthilfeorganisationen wiederum sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden und ein unverzichtbarer Bestandteil des Pflegesystems, denn sie verschaffen den Interes-

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

sen Pflegebedürftiger und deren Angehörigen mit großem Engagement Gehör. Selbsthilfekontaktstellen schließlich sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungsstellen. Aufgrund der Bedeutung der Selbsthilfe für die Pflegebedürftigen und insbesondere ihre pflegenden Angehörigen wurde mit dem PNG die Förderung der Selbsthilfe ausgeweitet. Jährlich stehen seither 10 Cent pro Versicherten (insgesamt rd. acht Mio. Euro) aus Mitteln der Pflegeversicherung zur Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktstellen zur Verfügung. Die Projekte sind von Ländern und Kommunen hälftig mit zu finanzieren, denn die Förderung der Selbsthilfe ist vorrangig Aufgabe der Länder und Kommunen. Darüber hinaus soll die Förderung deutlich höher sein als die Förderung nach § 45d SGB XI. An der Kofinanzierung mangelt es jedoch zum Teil, so dass die Ausschöpfung der Mittel der Pflegeversicherung bislang nicht den Umfang erreicht, der möglich wäre (vgl. *Tabelle 7*). Hier sind Länder und Kommunen aufgerufen, sich mit Blick auf die Unterstützung Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen künftig mehr zu engagieren.

Tabelle 7: Förderung der Selbsthilfe aus Mitteln der Pflegeversicherung - 2011 bis 2015 in Mio. Euro

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015
Ausgaben (in Mio. Euro)	0,34	0,39	0,41	0,81	0,83

Quelle: BMG

Die Evaluationsstudie zeigt, dass in fünf Prozent aller Pflegehaushalte eine Person in einer Selbsthilfegruppe aktiv ist, wobei drei Prozent „regelmäßig“ und zwei Prozent „ab und an“ angeben.

Unterstützung in der letzten Lebensphase von Pflegebedürftigen (§ 3 Abs. 6 PflegeZG)

Die letzte Lebensphase des Pflegebedürftigen kann für pflegende Angehörige besonders belastend sein. Einerseits kann der Pflegeaufwand steigen, andererseits gilt es, den Abschied vorzubereiten und zu bewältigen. Mit dem Pflegezeitgesetz wurde daher ein Anspruch auf Freistellung von der Arbeit von bis zu drei Monaten zur Begleitung naher Angehöriger in der letzten Lebensphase eingeführt. Die Pflege muss dabei nicht in der häuslichen Umgebung stattfinden. So können nahe Angehörige z. B. auch während eines Hospizaufenthalts begleitet werden.

Die ausgewählten Forschungsvorhaben zu dieser Thematik finden Sie im Anhang A.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2.3. Verbesserung der Personalsituation

Um die Personalsituation in der Pflege zu sichern und zu verbessern, muss von den Pflegeeinrichtungen neues Personal gewonnen und vorhandenes Personal gehalten werden (vgl. Kapitel 2.3.1). Dies umfasst auch Maßnahmen, die darauf zielen, den beruflichen Alltag von Pflegekräften so zu gestalten, dass der Beruf an Attraktivität gewinnt. Ein Schwerpunkt wurde im Berichtszeitraum auf den Abbau von überflüssiger Bürokratie gelegt (vgl. Kapitel 2.3.2), denn hier werden von vielen Pflegekräften Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitssituation gesehen.

2.3.1. Gewinnung und Erhalt von Pflegepersonal

Die Bundesregierung hat im Berichtszeitraum bereits zahlreiche Maßnahmen initiiert, um die Attraktivität der Arbeit in der Pflege zu fördern und mehr Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen.

Zahlung von Tariflöhnen (§§ 84, 89 SGB XI)

Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege liegen in der Verantwortung aller Beteiligten. Die Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen haben einen entscheidenden Einfluss auf die Attraktivität der Pflegeberufe, so zum Beispiel durch eine angemessene Entlohnung der Pflegekräfte. Der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts folgend wurde daher auf Initiative des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung mit dem PSG I in §§ 84 Abs. 2 Satz 5, 89 Abs. 1 SGB XI klargestellt, dass tarifvertraglich vereinbarte Entlohnungen der Beschäftigten sowie Entlohnungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in den Vergütungsverhandlungen von den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern stets als wirtschaftlich anerkannt werden müssen. Für Pflegeeinrichtungen wurden damit Anreize gesetzt, die Mitarbeiter entsprechend zu bezahlen. Die Leistungsträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) haben nach §§ 84 Abs. 7, 89 Abs. 3 SGB XI das Recht, sich nachweisen zu lassen, dass die finanziellen Mittel auch tatsächlich bei den Beschäftigten in der von den Leistungserbringern angegebenen Höhe ankommen. Um diesen Nachweis praktikabel und zielführend auszugestalten, sind die Partner der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI aufgefordert, das nähere Verfahren festzulegen. Im Berichtszeitraum wurde in den Ländern noch über die Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags verhandelt.

Die Evaluationsstudie hat zur Verbreitung der Zahlung von Tariflöhnen erstmals belastbare Daten geliefert: Demnach werden in 45 Prozent der befragten stationären Pflegeeinrichtungen[33] die fest angestellten Mitarbeiter nach einem gültigen Verbandstarifvertrag

[33] Die befragten stationären Pflegeeinrichtungen verteilen sich zu 53 Prozent auf gemeinnützige Träger, zu 41 Prozent private Träger und zu 4 Prozent auf öffentliche Träger. Die Verteilung wurde im Rahmen der Gewichtung an die Daten der Pflegestatistik 2013 angepasst.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

(bzw. entsprechenden kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen) und in 18 Prozent nach einem Haustarifvertrag entlohnt, bei 37 Prozent der stationären Einrichtungen erfolgte die Entlohnung ohne tarifvertragliche Bindung. Im ambulanten Bereich stellte sich die Situation folgendermaßen dar: 25 Prozent der ambulanten Pflegedienste bezahlen ihre fest angestellten Mitarbeiter nach einem gültigen Verbandstarifvertrag (bzw. entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen), 14 Prozent nach einem Haustarifvertrag und bei 59 Prozent der ambulanten Pflegedienste erfolgt die Entlohnung ohne tarifvertragliche Bindung. Die Zahlen zeigen: Offensichtlich ist die Entlohnung nach Tarifvertrag oder entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen im stationären Bereich deutlich weiter verbreitet als im ambulanten Bereich (vgl. *Tabelle 8*).

Tabelle 8: Bezahlung nach gültigem Verbandstarifvertrag, nach Haustarifvertrag oder ohne tarifvertragliche Bindung nach West und Ost (Angaben in Prozent gerundet; stationär machten 1 Prozent, ambulant 2 Prozent der befragten Pflegeeinrichtungen keine Angaben)

Bezahlung nach Tarifvertrag	**Stationäre Pflegeeinrichtungen**			**Ambulante Pflegeeinrichtungen**		
	Verbandstarifvertrag	**Haustarifvertrag**	**Ohne tarifvertragliche Bindung**	**Verbandstarifvertrag**	**Haustarifvertrag**	**Ohne tarifvertragliche Bindung**
Gesamt	45	18	37	25	14	59
West	50	15	35	28	13	57
Ost	29	27	43	19	17	62

Quelle: Evaluationsstudie BMG

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Pflegemindestlohn (2. PflegeArbbV)

Die Bundesregierung hat durch die Gestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen auch dafür gesorgt, dass die Zahlung von Niedriglöhnen in der Pflege bekämpft wird. So gilt in der Altenpflege bereits seit 1. August 2010 ein spezieller Pflegemindestlohn, der seit dem 1. Januar 2015 (auf der Grundlage der Zweiten Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche – Zweite Pflegearbeitsbedingungenverordnung – 2. PflegeArbbV) auch die ambulante Krankenpflege erfasst. Der Pflegemindestlohn beträgt derzeit 9,75 Euro in den alten bzw. 9,00 Euro in den neuen Ländern (ohne Berlin) und liegt damit deutlich über dem allgemeinen, bundesweiten gesetzlichen Mindestlohn (bis Ende 2016: 8,50 Euro; ab 1. Januar 2017: 8,84 Euro). Er gilt seit dem 1. Januar 2015 grundsätzlich für alle Arbeitnehmer in Pflegebetrieben. Dabei orientiert sich der persönliche Geltungsbereich nicht an der formalen Qualifikation. Anknüpfungspunkt ist jedoch weiterhin die pflegerische und teilweise auch betreuende Tätigkeit. Im Gegensatz zur Vorgängerverordnung stellt aber die 2. PflegeArbbV nicht mehr darauf ab, ob die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer überwiegend pflegerische Tätigkeiten ausübt, sondern es wird insoweit eine typisierende Betrachtungsweise vorgenommen. Gruppen, die typischerweise keine pflegerischen Tätigkeiten ausüben, sind vom Pflegemindestlohn ausgenommen (hier gilt der allgemeine gesetzliche Mindestlohn). Seit 1. Oktober 2015 gilt der Pflegemindestlohn auch für die zusätzlichen Betreuungskräfte (§ 87b SGB XI). Der Pflegemindestlohn wird zum 1. Januar 2017 nochmals angehoben und dann 10,20 Euro/Stunde (alte Länder und Berlin) bzw. 9,50 Euro/Stunde (neue Länder) betragen.

Der Pflegemindestlohn sorgt für eine untere Grenze in der Bezahlung für Menschen, die im Pflegebereich arbeiten und verhindert damit Lohndumping. Es ist aber wichtig, darauf hinzuweisen, dass Altenpflegefachkräfte regelmäßig deutlich höhere Löhne als den Pflegemindestlohn erhalten.

Pflegeberufereformgesetz

Durch demografische und epidemiologische Entwicklungen sowie Veränderungen in den Versorgungsstrukturen wandeln sich die Anforderungen an die pflegerische Versorgung und an das Pflegepersonal. Mit dem Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes, der in gemeinsamer Federführung mit dem BMFSFJ und enger Abstimmung mit den Ländern erarbeitet wurde, soll die langjährig vorbereitete Reform der Pflegeberufe umgesetzt werden. Ausgehend von dem Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode, die Pflegeausbildungen in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege grundlegend zu modernisieren und zusammenzuführen, sind notwendige Vorarbeiten geleistet worden. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ hat im März 2012 Eckpunkte zu wesentlichen Aspekten einer Ausbildungsreform in den Pflegeberufen vorgelegt. Sie beinhalten grundlegende Weichenstellungen, in dem ein neues Pflegeberufereformgesetz

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

geschaffen werden soll, das das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz ablöst, die Altenpflegeausbildung, die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung zu einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung zusammenführt und eine neue hochschulische Pflegeausbildung einführt. Ergänzend haben sich die Bundesländer durch Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz und Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 wiederholt für eine Zusammenlegung der Pflegeberufe und eine einheitliche, generalistisch ausgerichtete Pflegeausbildung ausgesprochen. Ein gemeinsam vom BMG und BMFSFJ in Auftrag gegebenes Forschungsgutachten hat Ende 2013 eine umfassende Kostenerhebung der derzeitigen Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegeausbildung und Altenpflegeausbildung in Deutschland sowie eine valide und differenzierte Kostenschätzung für eine generalistische Pflegeausbildung mit Ausblick auf eine ergänzende Ausbildung an Hochschulen vorgelegt. Auf der Grundlage dieser Vorarbeiten wurde in der Folge der Gesetzentwurf für ein Pflegeberufereformgesetz erarbeitet.[34]

Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege

Bund, Länder und Verbände haben im Rahmen der bereits Ende 2012 gestarteten „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ eine Vielzahl von Maßnahmen vereinbart, die die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege fördern und die Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes erhöhen sollen. Von den vereinbarten rund 240 Maßnahmen in zehn Handlungsfeldern waren einige auf die Laufzeit der Offensive bis Ende 2015 befristet, viele jedoch auf eine dauerhafte Umsetzung angelegt. Zu den wesentlichen Vereinbarungen gehören u. a.:

- die Steigerung der Altenpflegeausbildungszahlen (auch durch Steigerung der Schulplatzzahlen durch die Länder),
- die Höherqualifizierung von bis zu 4.000 Pflegehelfern zur Altenpflegefachkraft,
- die Wiedereinführung der Förderung auch des dritten Umschulungsjahres durch die Bundesagentur für Arbeit bei gleichzeitiger Stärkung der Möglichkeit zur Ausbildungsverkürzung bei entsprechenden Vorkenntnissen sowie
- Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes, z. B. durch verbesserte Gesundheitsförderung, einen ausgewogenen Personalmix, leistungsgerechte Vergütung und eine gemeinsame Kampagne zur verstärkten Wertschätzung dieses Berufsfeldes in der Gesellschaft.

Die Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive zeigt bereits erhebliche Erfolge: Im zweiten Umsetzungsjahr, dem Schuljahr 2013/2014, wurde eine Steigerung der Neueintritte in die Ausbildung um rd. 14 Prozent gegenüber dem Vorjahr erreicht. Auch für das Schuljahr

[34] Der Gesetzentwurf befindet sich in den parlamentarischen Beratungen.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2014/2015 konnte die Zahl der Ausbildungseintritte auf insgesamt sehr hohem Niveau gehalten werden. Nach vorläufigen Erkenntnissen ist für 2015/2016 erneut von einer Steigerung auszugehen. Die Gesamtzahl der Schüler in der Altenpflegeausbildung ist nach den Daten der Schulstatistik im Berichtszeitraum um rd. 31 Prozent auf einen neuen Höchststand von 68.000 im Schuljahr 2015/2016 gestiegen. Zu dieser positiven Entwicklung hat die Förderung der beruflichen Weiterbildung in die Altenpflege in erheblichem Umfang beigetragen: Im Schuljahr 2015/2016 wurde rund jede vierte Ausbildung (hier: nur Neueintritte) zur Altenpflegefachkraft als Umschulung gefördert.

Ein weiteres, wichtiges Ziel dieser Offensive aller Vereinbarungspartner war, die oft kritisierten Personalschlüssel in der stationären Pflege zu überprüfen, d. h. ob die Vorgaben die heutigen Entwicklungen und Anforderungen an das Beschäftigungsfeld Altenpflege hinreichend berücksichtigen und wie größere Unterschiede zwischen den Ländern vermieden werden können. Die Vorarbeiten können auch hilfreich dabei sein, den an die Pflegeselbstverwaltung gerichteten Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens (§ 113c SGB XI) erfolgreich abzuschließen (vgl. Kap. 4 Ausblick).

Personalbemessungsverfahren

Mit dem PSG II vom 21. Dezember 2015 wurde der Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens bis zum 30. Juni 2020 erteilt. Konkret ist ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen auf der Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erstellen. Hierzu sind einheitliche Maßstäbe zu ermitteln, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen. Alle dazu erforderlichen Schritte haben im Einvernehmen mit dem BMG und dem BMFSFJ stattgefunden. Das BMG stimmt sich dabei mit dem Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung ab.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit

Im Berichtszeitraum hat die Bundesregierung eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um das Augenmerk auf Pflegeberufe zu lenken und die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen. Darunter ist die Aktion „Ich pflege, weil…“, womit Pflegenden eine Plattform gegeben wurde, auf der diese Motivation und Gründe für ihre Tätigkeit in der Pflege darstellen konnten.[35] Im Dezember 2014 hat das BMG zudem das Magazin Pflegewelten veröffentlicht, in dem ein neuer Blick auf die Pflege ermöglicht wurde.

Das BMG hat in den Jahren 2013 und 2014 den „Zukunftstag“ dem Themenfeld der Pflegeberufe gewidmet. In beiden Jahren gab es hierzu Ministertermine und Vor-Ort-Termine mit Schülern. Im Jahr 2014 haben Schülerreporter und -reporter Pflegeberufe live kennengelernt und ausprobiert. Dabei sind von Schülern für Schüler Informationsfilme über Berufe in der Pflege entstanden, die u. a. auf dem youtube Kanal des BMG und auf www.ich-pflege-weil.de zu sehen sind.

Auch die Pflege-Ausstellung des BMG „DaSein“, die bis 2014 in vielen hundert Orten deutschlandweit zu sehen war, hat zum Ziel gehabt, das Thema Pflege in die Gesellschaft zu tragen und die Berufsbilder in der Pflege aufzuwerten.

In der Kampagne des BMG "Wir stärken die Pflege" hat das Thema Pflegeberufe einen hohen Stellenwert. So hat das BMG 2015 in einer repräsentativen Umfrage mit infratest dimap in der Bevölkerung auch den Stellenwert von Pflege in der Gesellschaft erfragt.

Zudem ist eine Multimedia-Reportage entstanden, in der das Berufsbild der zusätzlichen Betreuungskraft in der Altenpflege vorgestellt wird.

Werkstattgespräch „Fachkräftepotenzial heben“

Auch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen ist ein wichtiger Einflussfaktor, wenn es um die Attraktivität von Pflegeberufen geht. Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Laumann, lud hierzu am 17. November 2015 zu einem Fachgespräch zum Thema "Fachkräftepotenziale heben" ein. Experten aus der Praxis aus ganz Deutschland, u. a. aus Pflegeeinrichtungen und von Leistungsträgern (Pflegekassen und Sozialhilfeträger), diskutierten über die Frage, wie in der Altenpflege unfreiwillige Teilzeitstellen reduziert und in Vollzeitstellen umgewandelt werden können. Die vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung in Auftrag gegebene Studie des IAB hatte gezeigt, dass es vor allem in Ostdeutschland einen hohen Anteil an Pflegekräften gibt, die eigentlich eine Vollzeittätigkeit suchen, diese aber nicht finden.[36]

[35] http://www.ich-pflege-weil.de/
[36] www.bundesgesundheitsministerium.de/PM_Studie-Altenpflege

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Einen wesentlichen Grund für Teilzeitbeschäftigungen sah der Großteil der Experten im Lebensrhythmus der Pflegebedürftigen und der Tagesstruktur in der Pflege: Dies führe zu Arbeitsspitzen, etwa bei der morgendlichen Grundpflege und den Mahlzeiten. Unternehmen mit einer guten Arbeitsorganisation gelänge es dennoch, in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen eine überdurchschnittlich hohe Vollzeitquote für Pflegefachkräfte zu realisieren. Erschwert würde dies allerdings neben der körperlichen Belastung oft auch durch Defizite bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ein weiterer wichtiger Hebel zur Erhöhung der Vollzeitbeschäftigung sei die Vereinbarung besserer Personalschlüssel und höherer Pflegevergütungen auf Einrichtungsebene. Einrichtungen, die Einzelverhandlungen und ggf. Schiedsverfahren führten, seien hier klar im Vorteil.

Auch wurde diskutiert, ob Gesamtversorgungsverträge und ein damit verbundener, übergreifender Personaleinsatz ungewollte Teilzeitarbeit reduzieren können. Nach Aussage der Leistungsträger wären hierzu nicht zwingend Gesamtversorgungsverträge notwendig, da das Personal in Pflegeeinrichtungen auch unabhängig vom Vorliegen eines Gesamtversorgungsvertrages für unterschiedliche Leistungsarten und in unterschiedlichen Einrichtungstypen eingesetzt werden könne. Voraussetzung ist, dass der Personalaustausch zwischen den verschiedenen selbständig wirtschaftenden Einrichtungen innerhalb der mehrgliedrigen bzw. Verbundeinrichtung durch eine klare rechnungsmäßige Abgrenzung zur Feststellung der Kosten des Personaleinsatzes nachvollziehbar ist.

Maßnahmen zur Gewinnung von Pflegepersonal im Ausland

Eine der Möglichkeiten dem Fachkräftemangel zu begegnen, ist auch die Gewinnung von Fachkräften aus den EU-Mitgliedstaaten und Drittstaaten.

Deutschland bemüht sich darum, in geeigneten Ländern Auszubildende für eine Pflegeausbildung zu gewinnen. Gerade in Ländern mit hoher Arbeitslosigkeit interessieren sich motivierte und gut qualifizierte Pflegekräfte dafür, eine Beschäftigung in Deutschland aufzunehmen. Das im Ausland gewonnene Pflegepersonal kommt aus der EU sowie aus ausgewählten Drittstaaten. Beispielsweise gewinnt die ZAV im Rahmen des Projekts „Triple Win“[37] Pflegekräfte aus Bosnien-Herzegowina, Serbien, den Philippinen und Tunesien für den deutschen Arbeitsmarkt.
Durchgeführte Projekte zeigen, dass die Anerkennung und Integration von Fachkräften aus dem Ausland nur dann gelingen kann, wenn sie insbesondere auf ihrem Weg durch das Anerkennungsverfahren, beim Spracherwerb und in der Entwicklung eines altenpflegerischen Berufsverständnisses intensiv und individuell begleitet werden.

[37] http://www.cimonline.de/de/profil/2382.asp

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Anerkennung von Berufsabschlüssen, die im Ausland erworben wurden

Transparente und zügige Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse sind ein wichtiges Instrument, um Arbeitsplätze in der Pflege für Menschen aus anderen Ländern attraktiv zu machen. Wer in Deutschland in der heilkundlichen Pflege als Gesundheits-und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpflegerin/Altenpfleger ohne Einschränkung tätig sein will, braucht eine staatliche Erlaubnis.

Regelungen zur Anerkennung der jeweiligen Berufsqualifikationen, die zur Erteilung der staatlichen Erlaubnis führen, sind in den entsprechenden Berufsgesetzen (Krankenpflegegesetz einschließlich Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, Altenpflegegesetz) enthalten.

Am 1. April 2012 ist das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (Anerkennungsgesetz)[38] in Kraft getreten, mit dem Strukturen und Verfahren zur Bewertung und Nutzung von im Ausland erworbenen Qualifikationen für zusätzliche Berufsgruppen geöffnet wurden. Ein erster Bericht zum Vollzug dieses Gesetzes wurde im April 2014 vorgelegt. Der zweite Bericht[39] folgte im Jahr 2015 und wird im Jahr 2016 durch den dritten Bericht[40] zum Anerkennungsgesetz aktualisiert. Die Berichte zeigen, dass der Informationsbedarf im Bereich Gesundheits-/Krankenpflege und Altenpflege bei Interessierten hoch (Platz 2 und 9 der aufgerufenen Berufsprofile beim Portal „Anerkennung in Deutschland“) und der Bedarf in Pflegeeinrichtungen nach wie vor vorhanden ist. Allerdings erwerben die Absolventen einer ausländischen Pflege-Ausbildung in Deutschland häufig eine Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpfleger/in, auch wenn sie zunächst eine Tätigkeit in der Altenpflege anstreben, weil über die Anerkennung aufgrund des vorhandenen Referenzberufs (sog. Entsprechungsberuf) entschieden wird. Hier ist maßgeblich, über welche Berufsqualifikation die Anerkennungsbewerber konkret verfügen. Anlaufschwierigkeiten speziell in der Altenpflege bestätigt auch die amtliche Statistik: Seit Inkrafttreten des Anerkennungsgesetzes wurden lediglich 196 Anträge in der Altenpflege gestellt, von denen bis Ende 2015 63 negativ beschieden werden mussten (s. im Einzelnen Kapitel 3.10.8).

Zur Unterstützung speziell auch für Anerkennungssuchende und Arbeitgeber hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, in Kooperation mit dem Bundesministerium

[38] Vom 6. Dezember 2011, BGBl. I, S. 2515.
[39] https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/1710.php
[40] www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/anerkennungsbericht2016.php

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

für Bildung und Forschung sowie der Bundesagentur für Arbeit das Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung (IQ)“, initiiert.[41] Mit diesem Programm werden seit 2011 begleitende Unterstützungsstrukturen für die Umsetzung des Anerkennungsgesetzes angeboten und bundesweit rund 100 regionale Beratungsstellen zur Anerkennung im Ausland erworbener Berufsabschlüsse und zum Thema Qualifizierung gefördert. Die Berater dieser Erstanlaufstellen informieren Anerkennungssuchende, verweisen an die zuständigen Stellen, bieten Schulungen für Fachkräfte der Regelinstitutionen an und zeigen Qualifizierungswege auf. Sie übernehmen zudem eine Lotsenfunktion im Anerkennungsverfahren, nicht nur für Arbeitskräfte mit ausländischen Qualifikationen, sondern auch für Arbeitgeber. Sie informieren und beraten zum Verfahren, prüfen die Antragsberechtigung, führen Vorprüfungen der Unterlagen durch und nehmen eine Ersteinschätzung zum Referenzberuf vor, verweisen an die zuständigen Stellen, unterstützen bei der Antragstellung sowie den notwendigen Formalitäten und begleiten während des gesamten Anerkennungs- und Bewertungsverfahrens. Gleichzeitig informieren sie über Qualifizierungs-, Weiterbildungs- und Sprachförderungsmöglichkeiten. Da die Beratungsstellen nur im Inland tätig sind, werden jedoch nur potentielle Arbeitgeber, nicht jedoch die Pflegekräfte im Ausland erreicht.

Anforderungs- und Qualifikationsrahmen

Im September 2013 wurde der durch das BMFSFJ geförderte und von der Fachhochschule Bielefeld und dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln entwickelte und erprobte „Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen“ der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt.[42] Der Qualifikationsrahmen beschreibt als Referenzsystem erstmals konkret die erforderlichen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche in der Pflege sowie das dafür notwendige Wissen und Können auf acht voneinander abgrenzbaren Qualifikationsniveaus. Darüber hinaus sind auf dieser Grundlage im Projekt Instrumente der Personal- und Teamentwicklung für die Einrichtungen der Altenhilfe entstanden, die ebenfalls erprobt und evaluiert worden sind. Damit kann eine differenzierte Personal- und Teamentwicklung in den Einrichtungen der Pflege unterstützt und so der sorgsame Umgang mit den knapper werdenden personellen Ressourcen gefördert werden.

Zu den Instrumenten gehören Teamgespräche, die auf der Grundlage der Beschreibungen des Qualifikationsrahmens geführt und ausgewertet werden und die den Verantwortlichen einen differenzierten Einblick in die Verantwortungsübernahme und Aufgabenverteilung in qualifikationsheterogenen Teams geben sollen.

[41] vgl. http://netzwerk-iq.de/netzwerk-iq.html (22.04.15)

[42] Abschlussbericht: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/01Anforderungs_und_Qualifikationsrahmen_09_2013.pdf

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Ausgewählte Forschungsvorhaben zu dieser Thematik werden im Anhang A aufgeführt.

2.3.2. Entbürokratisierung

Der Abbau von Bürokratie in der Pflege ist ein wichtiges Anliegen und besonderer Schwerpunkt der Arbeit des Bundesministeriums für Gesundheit. Es gilt, die bürokratischen Belastungen der Pflegekräfte auf das Maß zu reduzieren, das notwendig ist, um die Qualität in der Pflege sicherzustellen. Durch die Verringerung des Aufwandes für Dokumentation soll den Pflegekräften mehr Zeit für die eigentliche Pflege und Betreuung zur Verfügung stehen. Um dies zu erreichen, hat das BMG im Juni 2011 die Stelle einer Ombudsperson zur Entbürokratisierung in der Pflege eingerichtet. Damit wurde eine zentrale Anlaufstelle für diejenigen, die sich mit konkreten Vorschlägen zur Entbürokratisierung in der Pflege am Reformprozess beteiligen wollen, geschaffen. Die im Rahmen dieses Beteiligungsprozesses erarbeiteten Empfehlungen haben Eingang in die Gesetzgebung gefunden. So wurden Vereinfachungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen der ambulanten Pflegedienste, bei den Verfahren zur Bewilligung und Abrechnung der häuslichen Krankenpflege sowie bei wohnumfeldverbessernde Maßnahmen von Pflegebedürftigen mit dem PNG (2012) umgesetzt.

Viele Hinweise und Vorschläge im Verfahren, die insbesondere von Pflegekräften unterbreitet wurden, bezogen sich auf die Vermeidung überflüssiger Dokumentationspflichten. Mit deren Abbau könnten die Motivation der Pflegekräfte und ein zielgerichtetes Handeln im Pflegealltag gestärkt und zeitliche Ressourcen für die direkte Pflege und Betreuung gewonnen werden.

Im Rahmen des vom BMG geförderten Projektes „Praktische Anwendung des Strukturmodells - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“ haben daher in den Jahren 2013/2014 26 stationäre Pflegeeinrichtungen und 31 ambulante Pflegedienste (Berlin, Brandenburg, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Niedersachsen, Baden-Württemberg) eine einfachere Dokumentation erprobt (sog. „Strukturmodell“). Die Ergebnisse des Projekts wurden am 15. April 2014 veröffentlicht.[43] Das erfolgreich erprobte Verfahren begrenzt die Pflegedokumentation demnach auf ein fachlich und rechtlich notwendiges Maß. Zeitliche Ressourcen werden für die direkte Pflege und Betreuung gewonnen. Das Strukturmodell bietet eine

[43] www.bundesgesundheitsministerium.de/Abschlussbericht-Entbuerokratisierung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

gute Voraussetzung für eine standardisierte Pflegedokumentation und lässt dennoch notwendige einrichtungsspezifische Varianten zu.

Um das Strukturmodell weiter in die Praxis bringen zu können, wurden im Jahr 2014 ein Ergänzungsprojekt des BMG zur Erstellung einer Verfahrensanleitung zum Strukturmodell finanziell gefördert und drei von GKV-Spitzenverband, BAGFW und bpa gemeinsam geförderte Informations-Workshops zur Entwicklung einer Implementierungsstrategie zur bundesweiten Einführung des Strukturmodells durchgeführt. Ende 2014 übernahm der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung die Verantwortung für eine flächendeckende Einführung (Implementierungsstrategie) des Strukturmodells in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Ziel war die bundesweite Einführung, mindestens jedoch das Erreichen eines Viertels der rd. 25.000 ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen bis zum Ende des Projekts. Das Projekt war zunächst mit einer Laufzeit bis Mitte Dezember 2015 geplant und wurde bis Mitte Juni 2016 verlängert, nachdem bereits Mitte 2015 die Mindestzielmarke von 25 Prozent Beteiligung der Pflegeeinrichtungen erreicht worden war.

Das IGES-Institut richtete im Auftrag des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung das „Projektbüro Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Ein-STEP)“[44] ein.

Im Jahr 2015 wurden vom Projektbüro 650 von den Verbänden der Einrichtungsträger benannte Multiplikatoren geschult, um das Modell gezielt in die Pflegeeinrichtungen zu bringen. Die Multiplikatoren schulen auf der Grundlage von durch das Projektbüro entwickelten einheitlichen Schulungsunterlagen Pflegekräfte und unterstützen Einrichtungen bei der Einführung des Modells. Das Projektbüro erstellte außerdem gemeinsam mit Branchenverbänden einen Leitfaden für Hersteller von Dokumentationssystemen zur Umsetzung des Strukturmodells bei der Anpassung ihrer EDV- oder papierbasierten Produkte.

Zur Begleitung und Unterstützung vor Ort wurden in allen Bundesländern Kooperationsgremien ins Leben gerufen, in denen Verbände der Einrichtungs- und Kostenträger, der Kommunen und Pflegeberufe vertreten sind und an deren Sitzungen das Projektbüro teilnimmt. Auch die Prüfinstanzen tragen das Projekt in vollem Umfang mit. Die Medizinischen Dienste der Krankenkassen haben sämtliche Prüfer mit Unterstützung des Projektbüros geschult. An den Schulungen nahmen zudem zahlreiche Mitarbeiter aus den Heimaufsichten sowie dem Prüfdienst der PKV teil.

[44] www.ein-step.de

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Zur Unterstützung des Projektes führte der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung in 15 Städten Informationsveranstaltungen durch, zu denen sämtliche stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen eingeladen wurden und an denen insgesamt mehr als 5.000 Vertreter aus der Pflegepraxis teilnahmen. Das neue Dokumentationskonzept findet bundesweit sehr großen Anklang in den Pflegeeinrichtungen. Bis 18. Dezember 2015 hatten sich bereits 8.104 stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen als Teilnehmer registrieren lassen, das entspricht einem Drittel sämtlicher Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Das Projekt wird bis Oktober 2017 fortgeführt und auf Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen ausgeweitet.

2.4. Stärkung der ambulanten Versorgung

Ältere, pflegebedürftige Menschen wollen möglichst lange in ihrer eigenen Wohnung, ihrem eigenen Haus und in der gewohnten Umgebung leben. Um dies zu gewährleisten, sind zum einen angemessene, möglichst barrierefreie/ -arme Wohnungen sowie altersgerechte, sozialraumorientierte Quartiere nötig. Zum anderen muss insbesondere die Pflegeversicherung angemessene Leistungen anbieten, um den Verbleib zu Hause so weit wie möglich zu unterstützen.

2.4.1. Förderung von Wohnraum und altersgerechten Quartieren

Städtebauförderung zur Anpassung des Wohnungsbestands

Im Rahmen der Städtebauförderung ist die Barrierefreiheit in den Stadtquartieren als ein wichtiges Ziel in der Verwaltungsvereinbarung von Bund und Ländern verankert. So ist bereits seit 2007 festgehalten, dass die vom Bund den Ländern zur Verfügung gestellten Finanzhilfen aller Städtebauförderprogramme grundsätzlich auch zur barrierefreien Gestaltung des Wohnumfeldes in den Stadtquartieren eingesetzt werden können (Präambel). Die Finanzhilfen zur Städtebauförderung werden auf der Grundlage von Artikel 104 b GG den Ländern zugewiesen. Die Durchführung der Städtebauförderungsprogramme liegt bei den Ländern und Gemeinden. Mit der Verwaltungsvereinbarung 2015 wurden die Belange der Barrierearmut und -freiheit erneut gestärkt, die Fördermöglichkeit wurde als Förderschwerpunkt in allen Programmen explizit benannt. Als Beispiel zu nennen ist hier u. a. das Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“. Hiermit unterstützt der Bund die Stabilisierung städtebaulich, wirtschaftlich und sozial benachteiligter und strukturschwacher Stadt- und Ortsteile. Städtebauliche Investitionen in das Wohnumfeld, in die Infrastrukturausstattung und in die Qualität des Wohnens sorgen für

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

mehr Generationengerechtigkeit sowie Familienfreundlichkeit im Quartier und verbessern die Chancen aller dort Lebenden auf Teilhabe und Integration. Förderfähig sind auch Maßnahmen für eine barrierefreie, soziale Infrastruktur. Das Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“ dient dem Ziel, lebendige Nachbarschaften zu befördern und den sozialen Zusammenhalt zu stärken. In Ergänzung erarbeitet die Bundesregierung eine ressortübergreifende Strategie „Nachbarschaften stärken, Miteinander im Quartier“, mit der die fachübergreifende Zusammenarbeit in den Quartieren noch besser unterstützt werden soll. Die Bundesregierung wird dafür die soziale Stadtentwicklung in den kommenden Jahren bis 2020 mit zusätzlichen 300 Mio. Euro jährlich unterstützen. 10 Mio. Euro sind dabei für die Umsetzung der ressortübergreifenden Strategie vorgesehen, mit dem Ziel der ressortübergreifenden und gemeinsamen Förderung von Maßnahmen und Programmen.

KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“

Im Oktober 2014 hat die Bundesregierung neben dem bestehenden Darlehensprogramm aus Eigenmitteln der staatlichen Bank Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) die Zuschussförderung im KfW-Programm „Altersgerecht Umbauen“ wieder eingeführt. So können private Eigentümer und Mieter Zuschüsse beantragen, um Barrieren in Wohngebäuden abzubauen und/oder den Schutz vor Wohnungseinbruch zu erhöhen. Ein Abbau von Barrieren kann auch Menschen mit Demenz helfen, z. B. durch die Förderung des Abbaus von Schwellen oder durch die Förderung von Farbkonzepten. Der Bund stellte dafür in den Jahren 2014 und 2015 Programmmittel in Höhe von insgesamt 54 Mio. Euro für Investitionszuschüsse zur Verfügung.

Zudem wurden im November 2015 die Förderbedingungen im Programm „Altersgerecht Umbauen“ verbessert und die Förderhöhe auf 10 Prozent angehoben. Weiterhin können Maßnahmen zum Einbruchschutz nunmehr unabhängig von einem altersgerechten Umbau gefördert werden. Seit April 2009 haben Bund und KfW mit zinsverbilligten Darlehen und Investitionszuschüssen so den altersgerechten Umbau von mehr als 190.000 Wohnungen gefördert (Stand: 31. Dezember 2015).

Bündnis für bezahlbares Bauen und Wohnen

Im Jahr 2015 wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (BMUB) im Juli 2014 ins Leben gerufenen „Bündnisses für bezahlbares Wohnen und Bauen“ eine Arbeitsgruppe „Altersgerechter Umbau im Quartier“ eingerichtet. Ziel der AG war die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die Verbesserung des altersgerechten Wohnens für alle Generationen. Dabei ging es zunächst primär um das Ziel eines Abbaus von Barrieren durch altersgerechten Umbau. Erörtert wurden nicht nur Maßnahmen an einzelnen Wohngebäuden, sondern auch Ansätze auf

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Quartiersebene: „Vom Gebäude zum Quartier." Dazu zählen z. B. eine altersgerechte Ausstattung entsprechender Infrastrukturangebote, Anlaufstellen für ältere Menschen sowie Kommunikations- und Begegnungsmöglichkeiten. Schwerpunkte waren auch Fragen, wie Beratungsinfrastrukturen gefördert, Vernetzungsstrukturen im Quartier gestärkt und wie alle wichtigen Akteure für die Anforderungen an eine altersgerechte Wohnraum- und Quartiersentwicklung sensibilisiert werden können. Zu den Themen wurden Handlungsempfehlungen erarbeitet, die sich an verschiedene föderale Ebenen richten. Die Grundlagen für eine stärkere Einbettung des altersgerechten Umbaus in die Quartiersentwicklung wurden aktuell bereits mit einem Einbezug des Ansatzes im KfW-Programm „Energetische Stadtsanierung" gelegt.

Soziale Wohnraumförderung

Im Rahmen der Sozialen Wohnraumförderung der Länder können finanzielle Mittel zweckgebunden vor allem für den Bau neuer Sozialwohnungen, neue Sozialbindungen sowie für die sozialverträgliche Sanierung des Wohnungsbestandes eingesetzt werden. Die Mittel können je nach politischer Schwerpunktsetzung in den Ländern auch weiterhin für den barrierefreien Neubau und die altersgerechte Modernisierung des Gebäudebestandes eingesetzt werden. Die soziale Wohnraumförderung kommt damit auch älteren Menschen oder Menschen mit Behinderungen zugute. Nordrhein-Westfalen fördert beispielsweise auch Wohnungen und Einrichtungen mit umfassenden Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder als gemeinschaftliche Wohnform die Neugründung von bewohnergetragenen Wohnungsgenossenschaften.

Die Zuständigkeit für die soziale Wohnraumförderung ist durch die Föderalismusreform I ab 2007 vollständig auf die Länder übergegangen. Als Ausgleich für den Wegfall der bis dahin gewährten Bundesfinanzhilfen erhalten die Länder bis zum Jahr 2019 vom Bund Kompensationsmittel. Diese beliefen sich bis zum Jahr 2015 auf jährlich 518,2 Mio. Euro und wurden 2015 angehoben: Die Erhöhung auf Grundlage des Beschlusses des Asylgipfels vom September 2015 um jeweils 500 Mio. Euro/Jahr betrifft die Jahre 2016 bis 2019. Damit wurden die Kompensationsmittel des Bundes für die Jahre 2016 bis 2019 verdoppelt. Insgesamt erhalten die Länder durch die genannt Erhöhung in 2015 bis zum Jahre 2019 zwei Milliarden Euro zusätzlich.[45]

Bis Ende 2013 waren die Kompensationsmittel zweckgebunden für Maßnahmen der Wohnraumförderung einzusetzen, seit dem 1. Januar 2014 unterliegen sie lediglich einer investiven Zweckbindung (Artikel 143c Abs. 3 Satz 2 GG). Die Länder haben jedoch zugestimmt, die Kompensationsmittel zweckgebunden für die soziale Wohnraumförderung

[45] Durch eine Erhöhung in 2017 und 2018 um jeweils weitere 500 Mio. Euro. Insgesamt stehen so bis zum Jahr 2019 rund 3 Mrd. Euro mehr zur Verfügung.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

zu verwenden und über deren Verwendung Bericht zu erstatten. Sie sind nun gefordert, die Bundesmittel durch zusätzliche eigene Mittel deutlich aufzustocken.

2.4.2. Verbesserungen für ambulant versorgte Pflegebedürftige

Damit Pflegebedürftige so lange wie möglich selbstbestimmt im gewohnten Umfeld wohnen können, wurden im Berichtszeitraum die Leistungen der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich mehrfach verbessert:

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 Absatz 4 SGB XI)
Bereits mit dem PNG wurde der Anspruch auf Zuschüsse zu Maßnahmen zur individuellen Verbesserung des Wohnumfelds des Pflegebedürftigen verbessert und in der Umsetzung vereinfacht. Zum einen wurde die bis dahin geltende Regelung gestrichen, dass die Höhe der Zuschüsse unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen ist. Zum anderen wurde die Begrenzung des Zuschusses auf 2.557 Euro je Maßnahme aufgehoben, wenn mehrere Pflegebedürftige zusammen leben und gemeinsam ihr Wohnumfeld an ihren Pflegebedarf anpassen wollen. Die Zuschüsse können seither zusammengenommen werden und konnten vor dem PSG I bis zu 10.228 Euro je Maßnahme gewährt werden.

Mit dem PSG I wurde der Anspruch auf einen Zuschuss für den einzelnen Pflegebedürftigen dann deutlich auf bis zu 4.000 Euro erhöht. Leben mehrere Pflegebedürftige zusammen, dürfen jetzt bis zu 16.000 Euro je Maßnahme gewährt werden. Die mit dem PNG und dem PSG I eingeführten Leistungsverbesserungen haben insgesamt zu einem erheblichen Anstieg der Inanspruchnahme dieses Angebots der Pflegeversicherung geführt: Gab die Pflegeversicherung im Jahr 2011 noch rd. 103 Mio. Euro dafür aus, ist der entsprechende Ausgabenposten bis 2015 bereits auf knapp 305 Mio. Euro gestiegen (vgl. *Tabelle* 9).

Tabelle 9: Ausgaben der Pflegeversicherung (in Mio. Euro) für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 Absatz 4 SGB XI)

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015
Ausgaben für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	103,11	113,01	140,77	155,88	304,64

Quelle: BMG

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Die Evaluationsstudie ergab, dass die Anhebung der Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen auf bis zu 4.000 Euro je Maßnahme 42 Prozent der befragten Pflegehaushalte bekannt war. Sie ergab weiterhin, dass 27 Prozent der Pflegehaushalte wohnumfeldverbessernde Maßnahmen beantragt haben, von denen 85 Prozent bewilligt, sieben Prozent abgelehnt und acht Prozent noch nicht beschieden wurden.

Tabelle 10 zeigt die Gründe dafür, warum Anspruchsberechtigte keine Anträge auf Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gestellt haben. Bei zwei Drittel derjenigen, die keinen Antrag gestellt haben, war eine bauliche Veränderung nicht erforderlich, zehn Prozent verzichteten darauf, weil der Zuschussbetrag nicht ausreichend war und 12 Prozent war die Möglichkeit, Zuschüsse zu erhalten, vorher nicht bekannt.

Tabelle 10: Gründe für die Nichtbeantragung von Zuschüssen zu baulichen Veränderungen (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in Prozent; Mehrfachnennungen möglich)

Gründe	Anzahl in Prozent
Weil es nicht erforderlich war	68
Weil die Höhe der Zuschüsse nicht ausreicht, um die Maßnahme bezahlen zu können	10
Weil bauliche Umgestaltungen nicht möglich sind	15
Das war uns nicht bekannt	12
Sonstiges	11
Keine Angabe	1

Quelle: Evaluationsstudie BMG

Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI)

Pflegehilfsmittel dienen zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen oder dazu, ihm eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen. Die Pflegeversicherung gewährt einerseits eine monatliche Leistung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, die nicht zum Wiedereinsatz geeignet sind, z. B. Einmalhandschuhe oder Desinfektionsmittel. Andererseits werden notwendige technische Pflegehilfsmittel – vorrangig leihweise – gewährt, z. B. Pflegebetten, Hausnotrufsysteme oder Lagerungsrollen.

Mit dem PSG I wurde der Zuschuss für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 31 Euro auf 40 Euro monatlich erhöht. Die Inanspruchnahme von Pflegehilfsmitteln im Berichtszeitraum ist deutlich gestiegen, gleiches gilt auch für die Ausgaben der Pflegeversicherung in diesem Leistungsbereich (vgl. *Tabelle 11* und *Tabelle* 12).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 11: Ausgaben der Pflegeversicherung (in Mio. Euro) für Pflegehilfsmittel (§ 40 Absatz 2 und 3 SGB XI)

	2011	2012	2013	2014	2015
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	62,55	73,65	86,82	101,87	134,79
Technische Pflegehilfsmittel	178,68	175,64	210,45	271,51	316,74

Quelle: BMG

Tabelle 12: Zahl der Empfänger der Leistung Pflegehilfsmittel (unter Annahme vollständiger Ausschöpfung des Leistungsbetrags)[46]

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015
Leistungsempfänger zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel	168.133	197.980	233.385	273.847	280.805

Quelle: BMG

Ergänzung der zusätzlichen Betreuungsleistungen um zusätzliche Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI)

Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI ergänzen seit 2002 das Leistungsangebot der Pflegeversicherung. Sie standen bis Ende 2014 nur Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zur Verfügung und dienten dazu, die Betreuungsbedarfe dieser Menschen, die vom bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff nur unzureichend erfasst werden, mit abzudecken. Mit dem PSG I wurden diese Leistungen im Vorgriff auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das nachfolgende PSG II und die damit beabsichtigte Gleichstellung körperlich, geistig und psychisch bedingter Pflegebedürftigkeit beim Leistungszugang der Pflegeversicherung auf alle Pflegebedürftigen, auch solche ohne eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ausgeweitet. Um auch den Unterstützungsbedarf dieser Pflegebedürftigen, die nicht notwendig eine zusätzliche Betreuung wünschen, durch ein passendes Leistungsangebot abzubilden, kann seitdem der zur Verfügung stehende Leistungsbetrag von bis zu 104 Euro monatlich auch für sog. Entlastungsangebote verwendet werden. Sie dienen insbesondere zur Unterstützung

[46] Bezüglich der technischen Pflegehilfsmittel ist eine entsprechende Berechnung der Anzahl der Leistungsempfänger nicht möglich, da der Durchschnittsbetrag je Maßnahme unbekannt ist.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

im Haushalt, bei der Organisation von Hilfeleistungen oder zur Entlastung von Angehörigen oder vergleichbar Nahestehenden in ihrer Eigenschaft als Pflegende. Siehe zu Zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen auch Kapitel 2.1.1, 2.2, 2.4.2 und 3.6.6.

Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) ohne Anrechnung auf die Ansprüche auf ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder die Kombinationsleistung (§§ 36, 37, 38 SGB XI)

Nach Einführung des Pflege-VG konnten Leistungen der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) nur insoweit in Anspruch genommen werden, als der je Pflegestufe gleich hohe Leistungsbetrag der ambulanten Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) bzw. das jeweilige Pflegegeld (§ 37 SGB XI) oder die Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) noch nicht ausgeschöpft war. Mit dem PfWG wurde die Möglichkeit der Inanspruchnahme erweitert; seitdem konnten aus den Leistungen nach §§ 36, 37 und 38 auf der einen Seite und § 41 SGB XI auf der anderen Seite bis zu 150 Prozent des jeweiligen in den Pflegestufen vorgesehenen Leistungsbetrags in Anspruch genommen werden.

Mit dem PSG I wurde geregelt, dass Tages- und Nachtpflege vollständig in Anspruch genommen werden können, ohne dass eine Anrechnung auf die Ansprüche auf ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder die Kombinationsleistung erfolgt. Dies ist eine besonders bedeutsame Verbesserung für die häusliche Pflege: Pflegebedürftige können jetzt beispielsweise regelhaft an mehreren Tagen im Monat tagsüber Pflege und Betreuung in Tagespflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen und zwar zusätzlich zu ihrem Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen und Pflegegeld. Hierdurch kann der Verbleib Pflegebedürftiger in der eigenen Häuslichkeit verlängert und die Pflegesituation stabilisiert werden. Pflegebedürftige können in der Tagespflege soziale Kontakte knüpfen und pflegende Angehörige werden entlastet. Auch die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wird dadurch erleichtert. Es ist zu erwarten, dass die Bedeutung der Tagespflege in der häuslichen Pflege weiter zunehmen wird.

Flexibilisierung von Leistungsansprüchen (§ 45b Absatz 3 SGB XI; §§ 39, 42 SGB XI)

Die Lebens- und Wohnsituation ambulant versorgter Pflegebedürftiger ist ebenso unterschiedlich wie es die Bedürfnisse dieser Menschen sind. Daher ist es für Pflegebedürftige und ihre Familien wichtig, dass die Leistungen der Pflegeversicherung möglichst flexibel in Anspruch genommen werden können, zum Beispiel dadurch, dass nicht verbrauchte Leistungsbeträge aus einem Leistungsanspruch auch für andere Arten von Leistungen eingesetzt werden können.

Daher wurde mit dem PSG I geregelt, dass seit dem 1. Januar 2015 bis zu 40 Prozent des jeweiligen Höchstleistungsbetrags für ambulante Sachleistungen nach

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

§§ 36 und 123 SGB XI für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote verwendet werden können, soweit die entsprechenden Leistungsbeträge nicht bereits für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen verwendet worden sind. Zusätzlich zu dem Anspruch aus § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a SGB XI besteht nach § 45b Absatz 3 SGB XI damit eine weitere Möglichkeit, eine Kostenerstattung für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Betreuungs- und Entlastungsangebote zu erhalten.

Die Evaluationsstudie zeigt, dass diese Möglichkeit immerhin 45 Prozent der ambulant betreuten Pflegebedürftigen bekannt ist. Elf Prozent derjenigen, die diese neue Regelung kennen – beziehungsweise fünf Prozent umgerechnet auf alle ambulant betreuten Pflegebedürftigen – berichten, von der neuen Möglichkeit zur Umwidmung seit Anfang 2015 schon einmal Gebrauch gemacht zu haben Hierbei ist zu bedenken, dass Ende 2015 zum Zeitpunkt der Durchführung der Evaluationsstudie noch nicht alle Bundesländer die zur Anerkennung niedrigschwelliger Entlastungsangebote erforderlichen Landesverordnungen erlassen bzw. angepasst hatten, so dass der Anspruch insoweit noch nicht überall auch in dieser Hinsicht nutzbar war.

Flexibilisiert wurden ferner die Leistungsansprüche auf Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) und Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Zum einen wurden die zeitlichen Höchstgrenzen zur Inanspruchnahme der Leistungen erhöht: bei der Verhinderungspflege von bislang vier auf bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr, bei der Kurzzeitpflege von bislang vier auf bis zu acht Wochen im Kalenderjahr. Zum anderen wurde die Möglichkeit eröffnet, bis zu 50 Prozent des Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege – das sind bis zu 806 Euro im Kalenderjahr – auch für die Verhinderungspflege nutzen zu können, soweit dieser Leistungsbetrag noch nicht für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt worden ist. Ebenso wurde gesetzlich klargestellt, dass bis zu 100 Prozent des Leistungsbetrags der Verhinderungspflege – das sind bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr – auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden können, soweit dieser Leistungsbetrag noch nicht für sonstige Leistungen der Verhinderungspflege verbraucht worden ist. Der in dem Kalenderjahr noch zur Verfügung stehende Leistungsbetrag der Verhinderungs- und der Kurzzeitpflege vermindern sich dabei jeweils entsprechend um den Betrag, der für die jeweils andere Leistung eingesetzt worden ist. Durch diese Maßnahmen kann die Inanspruchnahme von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege noch besser auf die individuelle Pflegesituation und die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen angepasst werden.

Gleichzeitig erhöht sich jedoch mit jeder Form der Flexibilisierung des Leistungsrechts die Komplexität. Hierdurch steigt der Bedarf für eine qualifizierte Pflegeberatung, damit die Betroffenen ihre verbesserten Wahlmöglichkeiten sinnvoll nutzen können. Der Gesetz-

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

geber hat deshalb mit dem PSG II vom 21. Dezember 2015 die Ansprüche auf Pflegeberatung erheblich ausgeweitet und ihre Qualität gestärkt. Diese Regelungen gelten ab dem 1. Januar 2016. Die Umsetzung der Vorschriften wird evaluiert.

Die ausgewählten Forschungsvorhaben zu dieser Thematik finden Sie im Anhang A.

2.4.3. Förderung ambulanter gemeinschaftlicher Wohnformen

Eine Antwort auf die Herausforderung, Menschen so lange wie möglich ambulant zu versorgen, ist die Förderung ambulanter Wohnformen. Hier galt es, einen Rahmen zu schaffen, der flexible Lösungen zulässt. In mehreren Schritten wurde daher im Berichtszeitraum die Förderung ambulanter Wohnformen ausgeweitet.

Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI)
Mit dem PNG wurde ein Zuschlag für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen in Höhe von 200 Euro monatlich eingeführt. Damit sollen insbesondere selbstorganisierte Wohngruppen bei der Organisation und Sicherstellung der Pflege und Betreuung in der Wohngemeinschaft unterstützt werden. Im Rahmen des BMG-Workshops zur Umsetzung des PNG wurde es begrüßt, dass der Wohngruppenzuschlag dazu beiträgt, die Vielfalt ambulanter Wohngruppen zu erhöhen. Problematisiert wurde allerdings, dass zunehmend Pflegedienste solche Wohngruppen initiieren.

Mit dem PSG I wurde der Wohngruppenzuschlag auf 205 Euro angehoben. Gleichzeitig wurde der Leistungsanspruch vor dem Hintergrund der gesammelten Erfahrungen vereinfacht und inhaltlich weiterentwickelt. Mit der Neufassung von § 38a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI soll beispielsweise ausgeschlossen werden, dass der Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag für stationäre oder quasi-stationäre Formen geöffnet wird. Auch wurde in Absatz 1 Nummer 1 nachvollzogen, dass nunmehr auch Menschen ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Anspruch nach § 38a SGB XI haben. Neben weiteren Änderungen wurden in Absatz 2 datenschutzrechtliche Ermächtigungsgrundlagen getroffen, die zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen bei den Antragstellern erforderlich sind.

Bei der Inanspruchnahme des Wohngruppenzuschlags zeigt sich, dass ambulant betreute Wohngruppen zunehmend als alternative Wohnform für Pflegebedürftige attraktiv sind

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

und mittlerweile einen festen Platz im Spektrum der Wohnformen haben. So ist die Zahl der Empfänger dieser Leistung in 2015 bis auf 16.604 angestiegen (vgl. *Tabelle 13*).

Tabelle 13: Inanspruchnahme des Wohngruppenzuschlags (§ 38a SGB XI): Ausgaben und Empfänger 2012-2015

Jahr	2012	2013	2014	2015
Jährliche Ausgaben der Pflegeversicherung (in Mio. Euro)	0,10	23,08	33,99	40,85
Zahl der Empfänger unter Annahme der Inanspruchnahme von 200 Euro/Monat bzw. ab 2015 205 Euro/Monat	243*	9.616	14.163	16.604

**gilt nur für die Monate November und Dezember 2012*

Quelle: BMG

Anschubfinanzierung für ambulante Wohngruppen (§ 45e SGB XI)

Darüber hinaus wurde mit dem PNG eine befristete Anschubfinanzierung für den Umbau der gemeinsamen Wohnung bei Neugründung ambulant betreuter Wohngruppen in Höhe von bis zu 2.500 Euro je pflegebedürftigem Gründungsmitglied eingeführt. Der Gesamtbetrag wurde auf maximal 10.000 Euro je Wohngruppe beschränkt. Beim BMG-Workshop zur Umsetzung des PNG wurde vorgetragen, dass die Anschubfinanzierung noch zu wenig bekannt sei und daher kaum in Anspruch genommen werde. Die Daten des BMG belegen dies (vgl. *Tabelle 14*).

Tabelle 14: Ausgaben der der Pflegeversicherung zur Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen (§ 45e SGB XI) 2013-2015

Jahr	2013	2014	2015
Jährliche Ausgaben (in Mio. Euro)	0,19	0,46	0,44

Quelle: BMG

Um die Inanspruchnahme dieser Leistung der Pflegeversicherung zu fördern, wurde die Anschubfinanzierung daher mit dem PSG I entfristet und entbürokratisiert. Die Umbaumaßnahmen können nun auch schon vor Gründung der ambulanten Wohngruppe vorgenommen werden, ohne dass der Anspruch verloren geht. Außerdem wurde der Anspruch auf die Anschubfinanzierung auch für Pflegebedürftige in der sog. „Pflegestufe 0“ geöffnet.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Weiterentwicklung neuer Wohnformen (§ 45f SGB XI)

Um Möglichkeiten zu schaffen, neue Wohnformen zu erproben, wurden mit dem PNG zehn Mio. Euro für die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung und Förderung solcher Wohnformen zwischen dem Wohnen zu Hause und einer klassischen stationären Versorgung aus Mitteln der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt. Hier sollen Modelle erprobt werden, wie pflegebedürftige Menschen innerhalb und außerhalb vollstationärer Einrichtungen in kleineren Gemeinschaften individuell gepflegt und betreut werden können. Der GKV-Spitzenverband fördert nach dieser Vorschrift insgesamt 54 Projekte.[47]

Ausgewählte Forschungsvorhaben zu dieser Thematik finden sich im Anhang A.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

[47] Beschreibung zu den Projekten: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_45f/pflege_modellprojekte_45f.jsp

2.5. Verbesserung der voll- und teilstationären Versorgung

Wenn mehr Menschen mit einer demenziellen Erkrankung oder mit mehreren behandlungsbedürftigen Erkrankungen der Hilfe und Unterstützung bedürfen, müssen die entsprechenden Rahmenbedingungen in der Pflege darauf abgestimmt sein. Deshalb wurde auch die Versorgung in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen im Berichtszeitraum kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert.

Zusätzliche Angebote der Betreuung und Aktivierung in Pflegeeinrichtungen (§ 87b SGB XI)

Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen konnten schon seit 2008 zusätzliche Betreuungskräfte einstellen, die das bereits bestehende Angebot an sozialer Betreuung um zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ergänzten. In enger Kooperation und fachlicher Absprache mit den Pflegekräften betreuen und begleiten die zusätzlichen Betreuungskräfte z. B. beim Lesen, beim Basteln, beim Spazierengehen oder zu kulturellen Veranstaltungen. Es soll erreicht werden, dass den betroffenen Bewohnern durch zusätzliche Betreuung und Aktivierung mehr Zuwendung und eine höhere Wertschätzung entgegen gebracht, mehr Austausch mit anderen Menschen und mehr Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht wird. Zusätzliche Betreuungskräfte dürfen nicht regelmäßig in grundpflegerische oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden werden. Auch Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege bleiben ausschließlich dafür qualifizierten Pflegekräften vorbehalten.

Seit dem PNG können zusätzliche Betreuungskräfte für Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz auch im teilstationären Bereich eingesetzt werden. Gleichzeitig wurde die Betreuungsrelation für alle teil- und vollstationären Einrichtungen von 1 zu 25 auf 1 zu 24 verbessert. Seit dem PSG I stehen diese zusätzlichen Betreuungsangebote allen Bewohnern von Einrichtungen offen, in denen zusätzliche Betreuung angeboten wird. Zudem wurde die Betreuungsrelation auf 1 zu 20 verbessert (siehe zu den Verbesserungen auch Punkt 2.1.1).

Zusätzliche Betreuungskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Wie positiv sich die dargestellten gesetzlichen Änderungen auswirken, zeigen die Daten der Evaluationsstudie: Danach wissen 98 Prozent aller vollstationären Pflegeeinrichtungen von der verbesserten Betreuungsrelation durch das PNG, nahezu 100 Prozent kennen die Leistungsausweitung auf alle Bewohner, und 85 Prozent aller vollstationären Pflegeeinrichtungen haben angegeben, die mit dem PSG I eingeführte Leistungsausweitung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

dazu genutzt zu haben, die Anzahl der zusätzlichen Betreuungskräfte seit dem 1. Januar 2015 nochmals erhöht zu haben (vgl. *Tabelle 15*). Zudem ergab die Befragung der zuständigen Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Evaluationsstudie, dass 75 Prozent der vollstationär betreuten Pflegebedürftigen häufiger als einmal pro Woche zusätzliche Betreuung erhalten.

Tabelle 15: Durchschnittliches zusätzliches Betreuungspersonal in stationären Pflegeeinrichtungen

Durchschnittliches zusätzliches Betreuungspersonal je Einrichtung (in Vollzeit umgerechnet)	**vor Inkrafttreten PSG I**	**nach Inkrafttreten PSG I**
Gesamt	2,7	3,9
West	2,6	3,8
Ost	3,2	4,4
Unter 50 Bewohner/innen	1,3	1,9
50 bis unter 75 Bewohner/innen	2,3	3,3
75 bis unter 100 Bewohner/innen	3,3	4,8
100 Bewohner/innen und mehr	4,5	6,3

Quelle: Evaluationsstudie BMG

Die Zahlen zeigen darüber hinaus, dass die Möglichkeiten der Leistungsausweitung von vollstationären Einrichtungen sehr weitgehend ausgeschöpft werden. In großen vollstationären Einrichtungen ab 100 Bewohnern besteht noch ein Erhöhungspotential.

Die zusätzlichen Betreuungskräfte stoßen in der Gesamtbetrachtung auf große Akzeptanz: Nach Angaben der Pflegekassen verfügten zum 1. Juli 2015 ca. 96 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie 73 Prozent der Kurzzeitpflegeeinrichtungen über eine Vergütungsvereinbarung gem. § 87b SGB XI (von 11.590 Einrichtungen mit Versorgungsvertrag für vollstationäre Leistungen ohne Kurzzeitpflege haben 11.118 Einrichtungen eine Vergütungsvereinbarung für Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI). Zudem zeigt die Evaluationsstudie, dass fast 40 Prozent aller vollstationären Einrichtungen planten, in den nächsten drei Jahren (weitere) zusätzliche Betreuungskräfte für den Ausbau und die Erweiterung des Angebots an zusätzlicher Betreuung einzustellen.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Zusätzliche Betreuungskräfte in teilstationären Einrichtungen

Mit dem PNG wurde der Anwendungsbereich des § 87b SGB XI ausgedehnt, so dass zusätzliche Betreuungskräfte seither auch in teilstationären Einrichtungen eingesetzt werden können. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbands hatten zum 1. Juli 2015 von 4.390 Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag für teilstationäre Versorgung 2.693 Einrichtungen und damit 61 Prozent eine Vergütungsvereinbarung für zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI abgeschlossen.

Studie zur Evaluation zusätzlicher Betreuung nach § 87b SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen

Um die Wirkungen der zusätzlichen Betreuung nach § 87b SGB XI in den stationären Einrichtungen zu analysieren, hat das BMG im Jahr 2014 eine wissenschaftliche Studie in Auftrag gegeben.

Die Ergebnisse dieser Studie[48] haben bestätigt, dass die zusätzlichen Betreuungskräfte dazu beitragen, den Pflegealltag in den Einrichtungen spürbar zu verbessern. So gaben die Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen unter anderem an, dass sich die Betreuungsangebote bei der großen Mehrheit der Heimbewohner positiv auswirken, etwa in Form von höherer Zufriedenheit, besserer Stimmungslage oder Verminderung der inneren Unruhe. Zum 31. Dezember 2015 haben deutlich über 95 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen und über 60 Prozent der teilstationären Pflegeeinrichtungen zusätzliche Betreuungskräfte eingestellt. Dies entspricht auch denen vom GKV-Spitzenverband übermittelten Zahlen zu den abgeschlossenen Versorgungsverträgen nach § 87b SGB XI (vgl. Kapitel 3.8.5).

Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Unterstützung (§ 82b Abs. 2 SGB XI)

Um ehrenamtliches Engagement zu fördern, wurde es Pflegeeinrichtungen mit dem PNG ermöglicht, Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Unterstützung in Vertragsverhandlungen geltend zu machen. Die Evaluationsstudie belegt, dass 40 Prozent der Einrichtungen mit freiwillig tätigen Personen von dieser Möglichkeit bereits Gebrauch machen (davon 26 Prozent nur als Kostenerstattung gegen Beleg).

[48] Evaluation zu den Wechselwirkungen zwischen der Leistungserbringung in der (teil-)stationären Pflege und der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nach § 87b SGB XI: www.bundesgesundheitsministerium.de/Aris-Studie-Evaluation-872-SGB-XI

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Medizinische Versorgung in stationären Einrichtungen

Pflegebedürftige Menschen sind vielfach auf medizinische Versorgung angewiesen. In der Vergangenheit hat sich jedoch gezeigt, dass die Versorgung durch Haus-, Fach- und Zahnärzte nicht in allen Pflegeheimen angemessen funktioniert. Um die medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sicherzustellen, wurden im Berichtszeitraum daher folgende Maßnahmen ergriffen:

Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011[49] wurde eine zusätzliche zahnärztliche Vergütung für die aufsuchende zahnärztliche Behandlung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung eingeführt (§ 87 Absatz 2i SGB V).

Der Kreis der Anspruchsberechtigten für Hausbesuche wurde mit dem PNG um immobile Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ergänzt. Im selben Gesetz wurden die Vorschriften zu Kooperationsverträgen, die nach § 119b SGB V Pflegeheime einzeln oder gemeinsam zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung ihrer Bewohner mit niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten abschließen können, weiterentwickelt. Bereits im Jahr 2008 wurden solche Verträge mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ermöglicht. Im PNG wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen dann verpflichtet, auf Antrag eines Pflegeheims einen entsprechenden Vertrag zu vermitteln. Mit dem PNG wurden darüber hinaus finanzielle Anreize für medizinische und zahnmedizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen gesetzt (§ 87a Absatz 2i und über den Zuschlag für die aufsuchende Versorgung hinausgehende Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V).

Der GKV-Spitzenverband bewertet die Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben tendenziell positiv. Im Jahr 2014 wurden demnach über 500.000 Zuschläge nach § 87 Abs. 2i SGB V abgerechnet. Zusätzlich wurden ca. 690.000 Besuche abgerechnet. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes ergaben sich Gesamtausgaben der GKV von ca. 17 Mio. Euro zuzüglich 23 Mio. Euro für die Besuchsleistungen. In diese Zahlen sind allerdings neben Pflegebedürftigen und Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz auch Leistungsempfänger nach § 53 SGB XII (Eingliederungshilfe) enthalten.

Parallel zu Verbesserung der medizinischen Versorgung von Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen durch stärkere Vernetzung und Kooperation von vertragsärztlichen

[49] Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011, BGBl. I, S. 2983, in Kraft getreten in wesentlichen Teilen am 1. Januar 2012.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Leistungserbringern und Pflegekräften wurde mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom 1. Dezember 2015[50] die Teilnahme von Vertragsärzten an solchen Kooperationsverträgen finanziell dadurch gefördert, dass hierfür eine unbefristete, obligatorische Vergütung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) aufgenommen wurde (§ 87 Abs. 2a Satz 13 SGB V). Die Finanzierung durch die GKV erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Dazu hat die gemeinsame Selbstverwaltung zum 1. Juli 2016 neue Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen. Bislang wurden Maßnahmen für eine bessere Vernetzung und Kommunikation den Ärzten in der Regel nicht zusätzlich honoriert. Mit der neuen Vergütungsregelung ist dies möglich.

Durch das PNG sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen seit dem 1. Januar 2014 zudem verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung bei ihnen geregelt sind. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass diese Informationen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Die Pflegeeinrichtungen sind außerdem verpflichtet, die Informationen an gut sichtbarer Stelle in ihrer Einrichtung auszuhängen.

In der Evaluationsstudie wurden stationäre Einrichtungen nach Kooperationsverträgen mit Haus- und Fachärzten und -Zahnärzten gefragt. *Tabelle 16* zeigt die Ergebnisse der Befragung zu Abschlüssen von Kooperationsverträgen mit Zahn- und anderen Fachärzten. Insgesamt hatten im Jahr 2016 64 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen mindestens einen Kooperationsvertrag mit einem Zahnarzt oder einem anderen Facharzt abgeschlossen.

[50] Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz - HPG) vom 1. Dezember 2015, BGBl. I, S. 2114, in weiten Teilen in Kraft getreten am 8. Dezember 2015 sowie bezüglich der Regelungen zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch am 1. April 2016.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Tabelle 16: Abschluss von Kooperationsverträgen von stationären Pflegeeinrichtungen mit Zahn- und unterschiedlichen Fachärzten

Fachrichtung	Ja, Vertrag mit Hausbesuchen	Ja, Vertrag ohne Hausbesuche	Nein, kein Kooperationsvertrag
Zahnmedizin	49	6	43
Palliativmedizin	29	4	65
Neurologie	28	3	67
Gerontopsychiatrie	23	3	72
Urologie	20	1	77
Innere Medizin	15	1	83
Dermatologie	15	1	83
Schmerztherapie	15	2	81
HNO	14	1	84
Augenheilkunde	11	2	86
Chirurgie	8	1	90
Orthopädie	7	1	91
Gynäkologie	8	1	90

Quelle: Evaluationsstudie BMG

Abgesehen von Kooperationsverträgen mit Zahnärzten und andere Fachärzten haben 20 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen Vereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten abgeschlossen. In vier Prozent der Fälle ist die Pflegeeinrichtung räumlich und organisatorisch mit einem Krankenhaus verbunden, sodass eine kontinuierliche medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen in ihrer Einrichtung sichergestellt ist.

Nach Daten des GKV-Spitzenverbands ist dies das Ergebnis einer deutlichen Zunahme der Vereinbarungen nach § 119b SGB V von 326 im Juni 2014 (davon 195 Zahnärzte) und 1.051 im Oktober 2015 (davon 760 Zahnärzte). Ähnliche Steigerungen zeigten sich im genannten Zeitraum auch bei Kooperationen zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärzten bzw. Apotheken (vgl. *Tabelle 17*).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 17: Anzahl der Verträge/Kooperationen für die ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen, Verträge nach § 119b SGB V oder andere Kooperationsformen (seit 2014)

	2014 (Juni)	**2015** (Oktober)
Kooperation § 119b SGB V	326	1051
Davon Kooperation § 119b SGB V(ZA)	195	760
Kooperation Pflegeeinrichtung mit ...	-Allgemeinmedizinern: 1523, -Fachärzten: 1333, -Zahnärzten: 1441, -Apotheken: 1866	-Allgemeinmedizinern: 3294, -Fachärzten: 3117, -Zahnärzten: 3264, -Apotheken: 4268

***** Hierzu liegen nur Informationen vor, die den Landesverbänden der Pflegekassen entsprechend der Regelungen des § 114 Abs. SGB XI über die DCS übermittelt werden.
Bei den Informationen handelt es sich um Selbstauskünfte der Pflegeeinrichtungen derjenigen Einrichtungen, welche die Informationsübermittlung über die DCS in Anspruch genommen haben.

Quelle: GKV-Spitzenverband

Auch wenn die Zahl der Verträge insgesamt als noch nicht ausreichend erscheint, ist stellt die Verdoppelung der Verträge zwischen Juni 2014 und Oktober 2015 einen positiven Trend dar, der weiter verstetigt und ausgebaut werden sollte.

Es ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung in der Zukunft weiter fortsetzt. Insbesondere die Maßnahmen des HPG zur Stärkung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – wie eine verbesserte Vergütung – werden ihre Wirkung entfalten und zu einer positiven Entwicklung beitragen.

Ausgewählte Forschungsvorhaben zu dieser Thematik finden sich im Anhang A.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2.6. Beratung und Information, Stärkung der Pflege vor Ort

Wenn Pflegebedürftigkeit droht oder eintritt, ist es von entscheidender Bedeutung, welche Situation Pflegebedürftige und ihre Angehörigen vor Ort vorfinden. Dazu gehören Beratungs- und Informationsmöglichkeiten genauso wie ein gutes Angebot an Leistungen und Diensten für Pflege und Betreuung. Im Berichtszeitraum hat die Bundesregierung daher eine Reihe von gesetzlichen und untergesetzlichen Maßnahmen ergriffen, um Beratung und Information (Kapitel 2.6.1) und die Situation vor Ort (Kapitel 2.6.2) zu stärken.

2.6.1. Beratung und Information

Für eine bestmögliche Nutzung der Leistungen der Pflegeversicherung, aber auch für andere pflegebezogene Angebote vor Ort ist eine zeitnahe, umfassende und qualitativ hochwertige Beratung und Information von Versicherten und deren Angehörigen unerlässlich. Die Evaluationsstudie zeigt, dass die Pflegeberatung in 60 Prozent der Fälle in der eigenen Häuslichkeit stattgefunden hat. In elf Prozent der Fälle erfolgte die Pflegeberatung vor Ort bei der Pflegekasse bzw. in 16 Prozent in einem PSP (vgl. *Tabelle 18*).

Tabelle 18: Ort der Pflegeberatung: Leistungsbezieher der Pflegeversicherung ab 2013 oder später, Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen waren möglich

Ort der Pflegeberatung	Gesamt
Bei der Pflegekasse	11
In einem Pflegestützpunkt	16
Bei einer unabhängigen Beratungsstelle mit Beratungsgutschein	1
Bei COMPASS telefonisch	3
Zuhause	60
Sonstiges	14

Quelle: Evaluationsstudie BMG

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Frist für die Beratung, Fristüberschreitung, Beratungsgutscheine (§ 7b SGB XI)

Mit dem PNG wurde erstmals eine Frist von zwei Wochen für die erste Beratung durch die zuständige Pflegekasse eingeführt. Innerhalb von zwei Wochen ist seitdem eine konkrete Kontaktperson zu nennen und ein Beratungstermin anzubieten. Ist der Pflegekasse dies nicht möglich, hat sie einen Beratungsgutschein auszustellen, der es Pflegebedürftigen ermöglicht, sich von einer neutralen Beratungsstelle beraten zu lassen. Damit wird eine zeitnahe Beratung sichergestellt. Die Daten der Evaluationsstudie zeigen, dass bei ca. 50 Prozent der Pflegebedürftigen die Beratung innerhalb der vorgeschriebenen 2-Wochen Frist stattfand (vgl. *Tabelle 19*).

Tabelle 19: Zeitraum bis zur ersten Beratung nach Antragstellung; Angaben in Prozent (nur Fälle mit gültigen Angaben)

Zeitraum bis zur ersten Beratung nach Antragstellung	Gesamt
Innerhalb von 2 Wochen nach Antragstellung	50 %
Zwischen 2 und 5 Wochen nach Antragstellung	24 %
Später als 5 Wochen nach Antragstellung	27 %

Quelle: Evaluationsstudie BMG

Bewertung der Verständlichkeit von Informationen zur Pflege

Mit dem PNG wurden die Pflegekassen verpflichtet, Versicherte und ihre Angehörigen über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger in für sie verständlicher Weise zu unterrichten. In der Evaluationsstudie wurden die Pflegehaushalte gefragt, ob sie allgemeine Anlaufstellen (Pflege- bzw. Krankenkassen, PSP, ambulante Dienste, Beratungsstellen, Ärzte usw.) nutzten, um sich über die Pflege zu informieren. Nur etwa fünf Prozent der Befragten gaben an, keine Anlaufstelle genutzt zu haben. Wie verständlich und hilfreich Informationen waren, die die Pflegebedürftigen erhalten haben, wird in *Tabelle 20* wiedergegeben. Die Bewertung der Informationen durch die Betroffenen ist, wie die Antworten zeigen, insgesamt recht positiv.

Tabelle 20: Angaben, wie hilfreich/verständlich Informationen waren, die Pflegebedürftige erhalten hatten.

Informationen waren	„hilfreich“	„verständlich“
…sehr	39	49
…eher	47	43
…weniger/eher nicht	10	6
…gar nicht	2	1

Quelle: Evaluationsstudie BMG

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund (§ 7 Absatz 2 SGB XI)

Die Zahl der älteren Menschen mit Einwanderungsgeschichten steigt. 2012 lebten knapp 1,6 Mio. Migranten in Deutschland, die älter als 64 Jahre waren. 2030 wird sich dieser Anteil voraussichtlich auf 2,8 Mio. erhöht haben. Diese Menschen werden verstärkt Gesundheits- und Pflegeleistungen benötigen. Oft haben sie Schwierigkeiten, sich im Altenhilfe- und insbesondere im Pflegesystem zurechtzufinden.

Von entscheidender Bedeutung sind deshalb Information und Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund. Auch hierzu wurden Maßnahmen ergriffen, um die Situation zu verbessern.

Anlässlich des 8. Integrationsgipfels der Bundeskanzlerin 2015 wurden Pflegebroschüren in englischer, arabischer, türkischer und russischer Sprache veröffentlicht. Außerdem diskutierten Bundeskanzlerin Angela Merkel, Bundesminister Hermann Gröhe und Staatsministerin Özoğuz auf dem Gipfel mit Experten über Herausforderungen für Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft.

Darüber hinaus hat das BMG im Mai 2015 mit dem 1. Deutsch-türkischen Gesundheitssymposium einen fachlich orientierten Austausch zu spezifischen Aspekten der medizinischen und pflegerischen Versorgung Türkeistämmiger in Deutschland zwischen einerseits Vertretern des BMG sowie in Deutschland agierender NGO und andererseits türkischen Vertretern verschiedener Ministerien initiiert. Die Veranstaltung bot die Gelegenheit, darzustellen, dass für alle Leistungsberechtigten die gleichen Zugangsvoraussetzungen zu den Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung gelten und dass die medizinische und pflegerische Versorgung nicht von der Herkunft der Patienten bzw. Pflegebedürftigen abhängt. Es wurde aber andererseits auch vermittelt, dass sich viele Leistungserbringer bereits interkulturell geöffnet haben und durch sehr gute Initiativen u. a. die Versorgung von Türkeistämmigen sichern. Um die Pflege älterer Türkeistämmiger auch zukünftig weiter zu verbessern, fördert das BMBF im Rahmen der Förderinitiative „Studien in der Versorgungsforschung“ u. a. ein Forschungsprojekt, das die speziellen Vorstellungen und Bedürfnisse älterer türkischer und türkisch-stämmiger Migranten hinsichtlich der Pflege im Alter adressiert.

Öffentlichkeitsarbeit

In mehreren großen Kampagnen hat das BMG begonnen, sowohl Multiplikatoren als auch Bürger über gesetzliche Veränderungen und die damit verbundenen erweiterten Möglichkeiten der Gestaltung der Pflege zu informieren.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Unter anderem wurde ein Fachinformationsangebot des BMG zu den Neuerungen durch das PSG I gestartet, das sich vor allem an die Personen richtet, die sich beruflich mit Pflege beschäftigen. Der Sammelordner „Praxisseiten Pflege“ informiert über sämtliche Neuregelungen des PSG I im Detail und mit Beispielen; er wurde stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Pflegeschulen kostenfrei zur Verfügung gestellt. Im Zuge der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes wird der Ordner aktualisiert und fortgeschrieben. Der Praxisordner hat bisher eine Auflage von rd. 56.000. Alle Inhalte des Ordners sind online verfügbar; dort finden sich zudem ergänzende Informationen.[51]

In den Jahren 2016/17 wird das BMG Fachdialoge zur Umsetzung von PSG I und PSG II durchführen. Mit den Regionaldialogen „Pflege stärken“ wird das BMG pflegende Angehörige, Pflegekräfte und weitere Vertreter der Pflegepraxis bei der Umsetzung der neuen Regelungen unterstützen. In zehn Regionen Deutschlands finden jeweils drei aufeinander aufbauende Dialogveranstaltungen statt. Ziel der Veranstaltungen ist es, die Handelnden der Pflege in der Region zusammen zu bringen und in der laufenden Umsetzung der Pflegegesetze vor Ort gut zu informieren. Die gemeinsame Arbeit ermöglicht den fachlichen Austausch und gegenseitiges voneinander lernen. Die Veranstaltungsreihe trägt so dazu bei, dass die Verbesserungen, die der Gesetzgeber im Berichtszeitraum für die Menschen auf den Weg gebracht hat, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen vor Ort gut umgesetzt werden.[52]

Auf der Homepage des BMG wurde darüber hinaus ein „Pflegeleistungshelfer“[53] installiert, mit dessen Hilfe man sich über Ansprüche und Leistungen der Pflegeversicherung informieren kann. Im Jahr 2015 wurde dieser ca. 440.000 mal von ca. 77.000 Besuchern aufgerufen.

Publikationen zur Pflege, wie z. B. Broschüren, stehen online zur Verfügung oder können über den Publikationsversand der Bundesregierung bestellt werden.[54]

Außerdem bietet das BMG allen Bürgern mit einem Bürgertelefon zu verschiedenen Themenbereichen und einem Service für Gehörlose und Hörgeschädigte eine kompetente und unabhängige Anlaufstelle für alle Fragen rund um das deutsche Gesundheitssystem. Das Bürgertelefon des BMG zum Thema Pflegeversicherung ist erreichbar unter der Telefonnummer 030 / 340 60 66 - 02.

[51] www.praxisseitenpflege.de
[52] https://www.regionaldialog-pflege.de/
[53] http://pflegeleistungshelfer.bundesgesundheitsministerium.de/
[54] www.bundesgesundheitsministerium.de/Publikationen

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Auch über die Neuregelungen im Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz wurde durch Flyer, Broschüren, auf der Internetseite www.wege-zur-pflege.de sowie Mailingaktionen z. B. an die Pflegestützpunkte (PSP) informiert. Diese geben die Informationsmaterialien an Pflegepersonen weiter. Darüber hinaus steht Bürgern das Pflegetelefon des BMFSFJ unter der Telefonnummer 030 / 20 17 91 - 31 zur Verfügung.

Die ausgewählten Forschungsvorhaben zu dieser Thematik finden Sie im Anhang A.

2.6.2. Förderung und Stärkung der Pflege vor Ort

Neben der Pflegeversicherung übernehmen die Kommunen wichtige Beiträge zur Pflege und Pflegevermeidung. Für ältere Menschen, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung und ihre Familien leisten sie Unterstützung, zum Beispiel in der Altenhilfe, in der Hilfe zur Pflege, in der Eingliederungshilfe und in Beratungs- und Koordinierungsstellen. Aufgrund ihrer originären Zuständigkeiten sind sie gut geeignet, in diesem wichtigen Feld der Versorgung eine stärkere Rolle zu übernehmen. Die intensive Zusammenarbeit von Kommunen, Ländern und Pflegekassen in Modellprojekten zeigten Ansatzpunkte für ein erfolgreiches Zusammenwirken.

Mit einer Reihe von Maßnahmen wurde daher dieser wichtige Bereich gefördert und gestärkt.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege
Zur Ermittlung von Maßnahmen, die die Pflege vor Ort stärken, wurde auf Grundlage einer Vereinbarung im Koalitionsvertrag eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege eingerichtet, in der Bund, Länder und Kommunale Spitzenverbände zwischen September 2014 und Mai 2015 gemeinsame Empfehlungen erarbeitet haben.

Die wichtigsten vereinbarten Empfehlungen, die durch gesetzliche Regelungen umzusetzen sind:

- Erprobung neuer Beratungsstrukturen (Modellkommunen Pflege)
- Einführung eines auf fünf Jahren befristeten kommunalen Initiativrechts zur Einrichtung von PSP
- Obligatorische Mitwirkung der Pflegekassen in regionalen Ausschüssen und sektorenübergreifenden Ausschüssen auf Landesebene

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

- Verpflichtung, Empfehlungen der Landespflegeausschüsse und regionaler Ausschüsse zur Weiterentwicklung der Versorgung in die Vertragsgestaltung einzubeziehen, z. B. um gegen Unterversorgung vorzugehen
- Erleichterung der Beteiligung von Kommunen am Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote
- Verbesserungen der Zusammenarbeit in der Beratung
- Studien zur Verbesserung der Datenlage

Auch die Länder haben die Umsetzung von Empfehlungen zugesichert:

- Maßnahmen zur Förderung der Sozialraumorientierung
- zielgruppenspezifischen Programme und Maßnahmen zur besseren Nutzung niedrigschwelliger Angebote unter Einbindung der Selbsthilfe
- stärkere Einbeziehung der Kommunen in die Anerkennung niedrigschwelliger Angebote im Rahmen landesgesetzlicher Regelungen
- Unterstützung der Vielfalt an Wohnformen mit dem Ziel, dass sich das Angebot an alternativen Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen nachhaltig erhöht
- Gewinnung belastbarer Daten im Bereich „bürgerschaftliches Engagement und Pflege“

Im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze sind die vom Bund zugesagten Maßnahmen – soweit erforderlich – in die Gesetzgebung eingebracht worden.

Verbraucherschutz in der Pflege

Zur Verbesserung des Verbraucherschutzes älterer Menschen und von Menschen mit Behinderung förderte das BMFSFJ das Projekt "Höherer Verbraucherschutz nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz - Neue Wohnformen für ältere Menschen und Einrichtungen der Behindertenhilfe". Das Projekt mit einer zweijährigen Laufzeit wurde durch den Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) in Kooperation mit 11 Verbraucherzentralen im Zeitraum 1. Juni 2013 bis 31. Mai 2015 durchgeführt.

Seit 2009 regelt das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) die zulässigen Inhalte von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen. Die Erfahrungen der Verbraucherzentralen zeigen, dass immer noch zahlreiche Verträge Klauseln enthalten, die Verbraucher benachteiligen. Ziel des Projektes war es daher, für mehr Rechtssicherheit und rechtskonforme Verträge am Markt der Pflegewohnangebote zu sorgen. Im Mittelpunkt des Projekts standen insbesondere die immer vielfältigeren neuen Wohnformen für ältere Menschen und die Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Ein weiteres Anliegen des Verbraucherschutzes ist die partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflege. Die Beteiligung von Verbrauchern bzw. von Pflegedienstleistungen Betroffenen bei der Diskussion um Vorhaben zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wurde in § 118 SGB XI und §§ 140f bis 140 h SGB V gesetzlich verankert.

Verbraucher und der von der Pflege betroffene Nutzerkreis wirken auch an Qualitätsmaßstäben, wie sie in Leitlinien oder Expertenstandards zum Ausdruck kommen, mit.

Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften sieht, ebenso wie das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, die Berücksichtigung der Patientenperspektive und die Beteiligung von Verbrauchern bei der Entwicklung von Expertenstandards vor.

Das Phänomen Pflegebedürftigkeit kann nur lokal bewältigt werden. Die Bundesregierung unterstützt daher Konzepte, die Hilfestellungen für diese Bewältigung anbieten. So unterstützt das BMJV das Projekt "PartziQ", welches die partizipative Entwicklung von Qualitätsstandards für Beratungsstellen untersucht.

Ziel des Projektes ist es, die Einbindung der eigentlichen Nutzer der Pflegeberatung zu fördern und die erlangten Erkenntnisse aus der lokalen Pflegeberatung zur partizipativen Entwicklung von Qualitätsstandards für Beratungsstellen in allen Regionen des Landes nutzbar zu machen.

Ein weiteres Anliegen des Verbraucherschutzes ist die Aufklärung Pflegebedürftiger sowie anderer Interessierter über ihre Rechte im Pflegemarkt. Im Rahmen eines vom BMJV unterstützten Projekts von Verbraucherzentralen zur Marktprüfung ambulanter Pflegeverträge wird einerseits spezifisches Informationsmaterial zu verschiedenen Vertragsgestaltungen bereitgehalten. Andererseits ist ein Informationstelefon für Verbraucher geschaltet, das zu vertragsrechtlichen Fragen und Problemen Auskünfte gibt. Im Angebot ist auch die Überprüfung ambulanter Pflege- und Betreuungsverträge im Hinblick auf Rechtsverstöße und unfaire Vertragsbestimmungen.

Bürgerschaftliches Engagement

Im vertrauten Umfeld gut alt werden zu können, wünschen sich die meisten Menschen. Es ist gut, wenn familiale und professionelle Fürsorge mit bürgerschaftlichem Engagement, Selbsthilfe und Nachbarschaftshilfe zusammenwirken. Freiwillig Engagierte unterstützen ältere Menschen, sie haben Zeit für Gespräche, Begleitung und Hilfe im Alltag, und sie entlasten pflegende Angehörige. Sie sind bereit, sich über Familiengrenzen hinaus um andere

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

zu kümmern. Ziel ist, älteren pflege- und unterstützungsbedürftigen Menschen Selbstständigkeit und Teilhabe zu ermöglichen.

Die Evaluationsstudie zeigt hier ermutigende Ergebnisse: In 71 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen sind regelmäßig freiwillige Helfer auf ehrenamtlicher Basis tätig und ca. 22 Prozent der Pflegebedürftigen, die stationär versorgt werden, werden von ehrenamtlich Tätigen mit unterstützt und betreut. Bei den ambulant versorgten Pflegebedürftigen sind dies nach den Ergebnissen der Evaluationsstudie neun Prozent (drei Prozent „regelmäßig“ und sechs Prozent „ab und an“).

Dafür müssen gute Rahmenbedingungen für bürgerschaftliches Engagement nachhaltig gefördert und eine Kultur der Anerkennung gestärkt werden. Gerade im Bereich Pflege wächst die Zahl der älteren Menschen, die zusätzliche Unterstützung durch freiwillig Engagierte in ihrem Alltag wertschätzen.

Zur Förderung des Engagements im Umfeld von Pflege und zur Qualifizierung Engagierter, die ältere hilfe- oder pflegebedürftige Menschen begleiten und unterstützen wollen, wurde daher ein modulares Curriculum in einem Projekt ‚PEQ - Projekt für Pflege, Engagement und Qualifizierung‘[55] entwickelt, gefördert vom BMFSFJ und gestartet im Januar 2015. Das Projekt richtet sich an Engagierte, Träger, Pflegedienste, Kommunen und Engagement fördernde Einrichtungen. Bildungsangebote sind eine gute Möglichkeit, mit denen Freiwillige für ein Engagement im Umfeld von Pflege gewonnen, qualifiziert und in das Pflegesetting eingebunden werden können. Das im Ergebnis des Projekts erstellte Handbuch „PEQ - Pflege, Engagement, Qualifizierung“ steht auf der Website des Deutschen Vereins[56] zum Download bereit.

Und wie bereits im Kapitel 2.5 ausgeführt, wurde mit dem PNG eine Regelung zur Förderung des ehrenamtlichen Engagements aufgenommen (§ 82b Abs. 2 SGB XI), die es den Pflegeeinrichtungen ermöglicht, Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Unterstützung in Vertragsverhandlungen geltend zu machen.

[55] http://tinyurl.com/PEQ-Projekt
[56] www.deutscher-verein.de

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Mehrgenerationenhäuser

Mehrgenerationenhäuser ergänzen die in den Kommunen vorhandene Pflegeinfrastruktur und bieten eine niedrigschwellige Anlaufstelle mit einfachen Zugängen zur Pflege und Unterstützung für gemischte Pflegeformen aus familiärer, professioneller und ehrenamtlicher Pflege. Sie haben Angebote zur Freizeitgestaltung, Informations- und Beratungsleistungen sowie intergenerative Begegnungsangebote. Einige Häuser haben spezielle Angebote für Demenzerkrankte wie Demenzcafés und niedrigschwellige Demenzbetreuung durch freiwillig Engagierte mit pflegefachlicher Anleitung. 50 Mehrgenerationenhäuser sind selbst zugelassene Pflegeeinrichtungen/Pflegedienste. Die Zahl der Kooperationspartner der Mehrgenerationenhäuser im Handlungsschwerpunkt „Alter und Pflege“ stieg von 2012 bis 2014 von rund 1.800 auf fast 9.000 (in 2014 durchschnittlich 20 Partner pro Haus) und hat sich damit mehr als verfünffacht. Häufigste Kooperationspartner der Mehrgenerationenhäuser sind

- Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege (ca. 1.150 Kooperationen mit 382 Häusern),
- Pflegedienste (ca. 700 Kooperationen mit 303 Häusern),
- Kommunale Beauftragte, z. B. Seniorenbeauftragte (550 Kooperationen mit 320 Häusern) sowie
- PSP (hier kooperieren bisher 246 Häuser mit 318 PSP).

42 Prozent der Kooperationspartner der Mehrgenerationenhäuser (z.B. PSP, Pflege-/Krankenkassen, Pflegenetzwerke etc.) bieten in den Räumen des Mehrgenerationenhauses eine Pflegeberatung gemäß SGB XI an.

Ein Forschungsvorhaben zu dieser Thematik findet sich im Anhang A.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2.7. Erhalt der finanziellen Stabilität der Pflegeversicherung

Der Erhalt der finanziellen Stabilität einer solidarisch finanzierten Versicherung ist angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung ein vorrangiges Thema bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Im Berichtszeitraum wurden daher Maßnahmen ergriffen, um gleichzeitig die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung zu erhalten und für eine bestmögliche Versorgung der Bevölkerung zu sorgen.

Beitragssatzerhöhungen im Berichtszeitraum (§ 55 SGB XI)
Zur Finanzierung der mit dem PNG und dem PSG I umgesetzten, erheblichen Leistungsausweitungen (siehe auch Kapitel 3.1) wurde der Beitragssatz im Berichtszeitraum zwei Mal erhöht: zum einen im Rahmen des PNG zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte und zum anderen im Rahmen des PSG I zum 1. Januar 2015 um 0,3 Beitragssatzpunkte. Dies hat zu Mehreinnahmen von jährlich rd. 4,8 Milliarden Euro geführt, die für die Finanzierung der Leistungsausweitungen beider Gesetze und für die Zuführung zum Pflegevorsorgefonds (rd. 1,2 Mrd. Euro jährlich) verwendet werden. Mit diesen Beitragssatzerhöhungen wurde zudem eine solide Grundlage dafür geschaffen, dass die guten finanziellen Rahmenbedingungen die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ermöglichen und auch die Finanzierung der einmaligen Überleitungs- und Bestandsschutzkosten aus dem Mittelbestand erlauben.

Förderung von privaten Vorsorgemaßnahmen (§ 127 SGB XI)
Um einen Anreiz für zusätzliche Vorsorgemaßnahmen zu setzen, wurde mit dem PNG eine staatliche Förderung von Pflege-Zusatzversicherungen eingeführt. Die Förderung der privaten Pflegevorsorge unterstützt die Menschen dabei, für den Fall der Pflegebedürftigkeit ergänzend zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung eigenverantwortlich vorzusorgen. Die staatliche Zulage von 60 Euro im Jahr soll auch Menschen mit geringerem Einkommen den Abschluss einer Pflege-Zusatzversicherung ermöglichen.

Gefördert werden nur Zusatzversicherungen, die sozialen Schutzvorschriften genügen. So unterliegen die Versicherungsunternehmen hier unter bestimmten Bedingungen einem Kontrahierungszwang: Soweit ein Antragsteller in der sozialen oder privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist und noch keine Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit bezogen hat, dürfen die Versicherungsunternehmen keinen volljährigen Antragsteller ablehnen. Gesundheitsprüfung, Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind nicht erlaubt, damit möglichst viele Menschen die staatliche Förderung in Anspruch nehmen können. Außerdem ist die Höhe der Verwaltungs- und Abschlusskosten, die den Versicherten berechnet werden dürfen, gesetzlich begrenzt. Förderfähige Pflege-Zusatzversicherungen müssen für alle Pflegestufen Leistungen vorsehen, für Pflegestufe III jedoch

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

mindestens 600 Euro im Monat. Bis Ende 2015 hatten rd. 673.000 Personen einen Vertrag über eine staatlich geförderte Pflege-Zusatzversicherung abgeschlossen. Im Jahr 2015 wurden im Rahmen der staatlichen Förderung ca. 37 Mio. Euro ausgezahlt.

Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds (§ 131ff SGB XI)

Um die Beitragssatzentwicklung zu stabilisieren bzw. einen möglichen Beitragssatzanstieg abzumildern, wenn die sogenannten "Babyboomer"-Jahrgänge ins Pflegealter kommen, wurde mit dem PSG I der Aufbau eines Pflegevorsorgefonds ab 1. Januar 2015 beschlossen. Dabei handelt es sich um ein Sondervermögen der sozialen Pflegeversicherung, das von der Bundesbank verwaltet wird. In den Pflegevorsorgefonds werden die Einnahmen aus 0,1 Beitragssatzpunkten der Pflegeversicherung abgeführt - derzeit jährlich circa 1,2 Milliarden Euro.

Ab 2035, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in die Altersgruppen mit hohen Pflegewahrscheinlichkeiten hineinwachsen, wird das Vermögen sukzessive für die Finanzierung der Pflegeversicherung abgerufen werden. Das Sondervermögen dient damit der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung. Es soll darüber hinaus dazu dienen, dass das Leistungsniveau der Pflegeversicherung erhalten werden kann. So kann es erst ab dem Jahr 2035 zur Sicherung der Beitragssatzstabilität verwendet werden, wenn ansonsten eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde. Die Obergrenze der jährlich abführbaren Mittel ist der 20. Teil des Realwertes des 2034 vorhandenen Mittelbestandes des Sondervermögens. Das Vermögen ist von dem übrigen Vermögen der sozialen Pflegeversicherung sowie von seinen Rechten und Verbindlichkeiten getrennt zu halten.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2.8. Qualitätsprüfungen; Informationspflichten der Einrichtungen, Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Pflege. Qualitätssicherung ist daher für alle Beteiligten eine Daueraufgabe und stellt immer eine Herausforderung dar. Die Qualitätsentwicklung wird dabei durch internes Qualitätsmanagement, durch fachliche Fort- und Weiterbildung, durch Instrumente wie die Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege, aber auch durch externe Prüfungen getragen. Jede zugelassene Pflegeeinrichtung wird ab 2011 regelmäßig einmal jährlich daraufhin überprüft, ob die Qualitätsanforderungen und die dazu getroffenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Dabei werden im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt. Im Berichtszeitraum wurde zur Verbesserung der Qualitätssicherung eine Reihe von gesetzlichen Maßnahmen ergriffen:

Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzes und weiterer Gesetze (IfSGÄndG)[57] wurden die Landesverbände der Pflegekassen, im August 2011 verpflichtet, jährlich zehn Prozent der Prüfaufträge an den Prüfdienst der privaten Pflegeversicherung zu vergeben. Seit September 2011 führt der Prüfdienst der PKV Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen bundesweit durch.

Mit dem PNG wurden wichtige Akzente gesetzt, um die Arbeit in den Pflegeeinrichtungen fachlich weiterzuentwickeln. Verankert wurde:

- die Pflicht der Pflegeselbstverwaltung zur Vereinbarung von Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich in den sog. Maßstäben und Grundsätzen;
- eine angemessene Berücksichtigung aller Erkenntnisquellen bei der Beurteilung von Pflegequalität;
- die regelhafte Anmeldung von Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten am Vortag;
- eine bessere Koordinierung der Prüfungen der Heimaufsicht und der Prüfungen des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes, hierzu Möglichkeit der Vereinbarungen auf Landesebene und von Modellprojekten;
- eine Informationspflicht mit der Zielsetzung, dass es zu mehr Vereinbarungen zwischen Heimen und Ärzten bzw. Zahnärzten kommt. Die Pflegeheime haben

[57] Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzes und weiterer Gesetze (IfSGÄndG) vom 28. Juli 2011, BGBl. I, S. 1622, bezüglich der Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Kraft getreten am 4. August 2011.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

(ab 2014) darüber zu informieren, wie die ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln bei ihnen organisiert ist.

Darüber hinaus wurde mit dem PNG im Bereich der Begutachtung und der Qualität die Einbringung der Betroffenenperspektive deutlich gestärkt: In Anlehnung an entsprechende Regelungen zur Patientenbeteiligung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wurde den Organisationen, die die Interessen von Pflegebedürftigen und der Selbsthilfe wahrnehmen, sowohl ein Anwesenheitsrecht als auch ein Mitberatungsrecht bei Richtlinien und Vereinbarungen der Selbstverwaltung eingeräumt. 2013 hat das BMG mit der Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung das Nähere zur Anerkennung der Organisationen und zum Beteiligungsverfahren festgelegt.

Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen (§ 115 Absatz 1a SGB XI), Schiedsstellenlösung, Qualitätsausschuss Pflege

Die Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen ist Aufgabe der Vereinbarungspartner. Die Partner der Pflege-Transparenzvereinbarungen müssen ihre Entscheidungen einstimmig fassen. Erfahrungen haben gezeigt, dass es notwendig ist, einen Mechanismus zur Konfliktlösung zu verankern. Mit dem IfSGÄndG wurde die Schiedsstellenlösung als Konfliktlösungsmechanismus bei der Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen eingeführt, d. h. es wurden Voraussetzungen für die Anrufung der Schiedsstelle normiert.

Ziel der auf der Basis der Prüfergebnisse und nach den Pflege-Transparenzvereinbarungen erstellten Transparenzberichte ist es, zum einen die Transparenz für die Verbraucher durch eine verständliche, übersichtliche sowie vergleichbare Veröffentlichung der Prüfergebnisse zu erhöhen. Zum anderen sollte eine Entscheidungshilfe für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geschaffen werden, die ihnen die Auswahl einer Pflegeeinrichtung erleichtert.

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) stellen die wesentliche Grundlage für die Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und des Prüfdienstes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Prüfdienst MEDICPROOF) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen dar; sie sind zudem Grundlage von ggf. zu treffenden Sanktionen nach § 115 Abs. 2 SGB XI. Die QPR regeln Einzelheiten des Prüfgeschehens wie Prüfauftrag, Ablauf der Prüfung und Prüfinhalte; darüber hinaus enthalten sie Bestimmungen über die Kooperation mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zustän-

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

digen Aufsichtsbehörden. Die QPR enthalten dabei als Prüfgegenstand zum einen diejenigen Prüffragen zur Feststellung und Bewertung der Pflegequalität, die in den Pflege-Transparenzvereinbarungen von der Pflegeselbstverwaltung (Pflegekassen und Leistungserbringer) vereinbart werden. Die Qualitätsprüfungen des MDK und des PKV-Prüfdienstes bilden aber auch darüber hinausgehende Sachverhalte, die nicht für die vergleichende Darstellung mit Benotung geeignet oder die ausschließlich für die Überprüfung vertraglicher Verpflichtungen relevant sind, in weiteren Prüffragen ab.

Im Berichtszeitraum wurden sowohl von den Vertragsparteien der Selbstverwaltung die Transparenzvereinbarungen ambulant und stationär als auch durch den GKV-Spitzenverband die QPR in mehreren Schritten weiterentwickelt.

Allerdings können die Transparenzberichte derzeit nur Anhaltspunkte geben. Die veröffentlichten Bereichs- und Gesamtnoten ermöglichen keine differenzierte Qualitätsdarstellung und geben zu wenige Informationen über die tatsächliche Ergebnisqualität der Einrichtungen. Die Entscheidungsstrukturen haben trotz der Schiedsstellenlösung außerdem zu langen und unergiebigen Entscheidungsprozessen geführt. Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung hat Ende 2014 auf diesen Missstand hingewiesen und die Überarbeitung der Transparenzberichte gefordert.

Im Rahmen des noch im Berichtszeitraum verabschiedeten PSG II sind deshalb Weichenstellungen vorgenommen worden, um den notwendigen Übergang in eine neue Prüfsystematik sowie ein verändertes Verfahren der Veröffentlichung von Prüfergebnissen innerhalb eines vorgegebenen Zeitfensters sicherzustellen.

Wichtige Bausteine des PSG II sind einerseits die Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner, ein neues wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Messung und Darstellung von Qualität – unter maßgeblicher Berücksichtigung der Ergebnisqualität – zu entwickeln und einzuführen. Andererseits werden die Entscheidungsstrukturen umfassend gestrafft: Die „Schiedsstelle Qualitätssicherung“ nach § 113b SGB XI wird in einen Qualitätsausschuss als Verhandlungs- und Entscheidungsgremium umgewandelt. Sofern keine einvernehmliche Einigung im Qualitätsausschuss zustande kommt, entscheidet der „erweiterte Qualitätsausschuss“ (Qualitätsausschuss mit vom BMG benannten unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern) mit Mehrheitsbeschluss. Im Ergebnis ist vorgesehen, dass die bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen für den stationären Bereich im Jahr 2018 und für den ambulanten Bereich im Jahr 2019 durch einen grundlegend neuen, durch die Wissenschaft zu entwickelnden An-

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

satz abgelöst werden. In das Amt des unparteiischen Vorsitzenden des erweiterten Qualitätsausschusses hat das BMG den Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Herrn Staatssekretär Karl-Josef Laumann berufen.

Zur Entwicklung der neuen Verfahren zur Messung und Darstellung von Qualität sollen auch Erfahrungen aus den Projekten beitragen, die sich mit den Perspektiven der Umsetzung einer indikatorengestützten Qualitätsbeobachtung und -darstellung befassen. Hierzu gehören das Projekt „Ergebnisorientierten Qualitätsmodell Münster“ (EQMS) der Caritas in der Diözese Münster, das im Modellprojekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe – Projekt EQisA" des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln e.V. und die im Auftrag der Vertragspartner in der Pflege nach § 113 SGB XI derzeit durchgeführte „Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP).

Pflege-Qualitätsberichte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

§ 114a Abs. 6 SGB XI verpflichtet den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), die Erfahrungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) sowie des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. mit Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die eigenen Erkenntnisse im Abstand von drei Jahren in einem Bericht zusammenzustellen.

Der vierte Pflegequalitätsbericht bietet einen systematischen Überblick über den Stand der Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen für das Jahr 2013 und ermöglicht einen Vergleich zu den Ergebnissen des dritten Berichtes, der 2012 veröffentlicht wurde und sich auf Daten aus den Jahren 2009 und 2010 bezieht.[58] Der MDS zeichnet darin insgesamt eine positive Entwicklung in der Pflegequalität und zum Teil deutliche Verbesserungen im stationären wie im ambulanten Bereich:

So wurde im **stationären Bereich** eine systematische Schmerzerfassung bei 80,3 Prozent der betroffenen Bewohner durchgeführt und damit eine erhebliche Verbesserung zum letzten Bericht (54,6 Prozent) erreicht. Fast 20 Prozent der betroffenen Bewohner erhielten aber immer noch keine systematische Schmerzeinschätzung. Auch der sachgerechte Umgang mit Medikamenten im stationären Bereich hat sich von 81,8 auf 86,2 Prozent verbessert, ebenso erhielten mehr Bewohner (89,3 Prozent) die erforderliche Unterstützung bei einem Hilfebedarf in der Ernährung als noch 2012 (79,5 Prozent). Positiv ist be-

[58] http://www.mdk.de/media/pdf/MDS_Vierter__Pflege_Qualitaetsbericht.pdf.pdf

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

sonders auch der Rückgang freiheitseinschränkender Maßnahmen von 20 auf 12,5 Prozent bei Heimbewohnern zu bewerten. Dies zeigt, dass häufiger Alternativen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen eingesetzt werden.

Auch im **ambulanten Bereich** wurden viele Verbesserungen deutlich. So erfolgte bei 85,9 Prozent der Pflegebedürftigen mit einer Medikamentenverordnung die Medikamentengabe exakt nach der ärztlichen Verordnung. Im 3. Bericht war dies nur bei 77,5 Prozent der Pflegebedürftigen der Fall gewesen. Ebenso hat der Umfang der notwendigen Beratung Pflegebedürftiger z. B. hinsichtlich eines Dekubitusrisikos oder erforderlicher Maßnahmen bei der Ernährung um jeweils rund 30 Prozent zugenommen. Trotz der insgesamt positiven Entwicklung macht der 4. Pflege-Qualitätsbericht deutlich, dass die Verbesserung der Pflegequalität ein kontinuierlicher Prozess ist und an etlichen Stellen noch Optimierungsbedarf besteht.

Verhinderung von Abrechnungsbetrug

Bereits im Berichtszeitraum wurden durch das PNG die gesetzlichen Grundlagen dafür geschaffen, dass die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den nach Landesrecht bestimmten Trägern der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, zusammenarbeiten können und sollen (siehe § 47a SGB XI). Denn auch die Träger der Sozialhilfe als Kostenträger für die Hilfe zur Pflege können dazu beitragen, Unregelmäßigkeiten aufzudecken und damit die rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln zu verhindern.

Darüber hinaus wurde mit dem im Berichtszeitraum verabschiedeten PSG II klargestellt, dass Anlassprüfungen – beispielsweise bei Anzeichen von Qualitätsmängeln oder Betrug – auch in der ambulanten Pflege vom MDK unangemeldet durchgeführt werden. Außerdem verpflichtet das PSG II die Gutachter des MDK, neben der Qualitätsprüfung auch immer eine Prüfung der Abrechnungen durchzuführen.

Gewaltprävention

Die Datenlage zu Ausmaß und Vorkommen von Gewalt in der Pflege ist mangelhaft. Dies lässt sich u. a. damit erklären, dass es keine einheitliche Definition des Begriffs Gewalt gibt und es schwer ist, das Auftreten von Gewalt zu untersuchen. Im Rahmen der Evaluationsstudie des BMG wurden Pflegehaushalte (mit Bezug von Sachleistungen) gefragt, ob der Pflegebedürftige oder ein Angehöriger durch Mitarbeiter des Pflegedienstes verbalen oder körperlichen Angriffen ausgesetzt wurde. Im Gesamtdurchschnitt bestätigte dies nur

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

ein Prozent der Privathaushalte mit Sachleistungsbezug. In den höheren Pflegestufen lag der Anteil jedoch etwas höher (drei bis vier Prozent).

Zur Qualität in der pflegerischen Versorgung gehört auch die Frage, wie Gewalt, die fast immer durch Überforderung entsteht, verhindert werden kann. In der Evaluationsstudie wurde daher auch erhoben, welche Angebote zur Gewaltprävention für Mitarbeiter in stationären und ambulanten Einrichtungen angeboten werden. Tabelle 21 zeigt die Angaben getrennt nach stationären und ambulanten Einrichtungen.

Tabelle 21: Angebote zur Gewaltprävention in stationären und ambulanten Einrichtungen in Prozent

Angebote	ambulant	stationär
Regelmäßige Fortbildungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Thema Gewalt	35	54
Fallbesprechungen und Supervision	66	65
Installation eines/einer Gewaltbeauftragten als Ansprechpartner/in für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von (drohender) Gewalt	4	10
Sonstiges	3	4
Keine Angebote	22	16

Quelle: Evaluationsstudie BMG

Gleichzeitig wurde nach Mitarbeiter-Entlassungen gefragt, die in stationären Einrichtungen ausgesprochen wurden, weil Pflegekräfte verbal, psychisch oder physisch Gewalt über Pflegebedürftige ausgeübt haben. Hier zeigen die Ergebnisse, dass zehn Prozent der stationären Einrichtungen und vier Prozent der ambulanten Pflegedienste sich in den letzten zwölf Monaten von Mitarbeitern aus diesen Gründen getrennt haben.

Diese Ergebnisse belegen, dass Pflegeeinrichtungen für das Thema sensibilisiert sind, ein entsprechendes Verhalten bei ihren Mitarbeitern nicht dulden und sehr häufig auch Angebote zur Gewaltprävention vorweisen können.

Das vom BMG geförderte Projekt „Gewaltfreie Pflege - Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung“ startete am 1. Juli 2013 und endete am 31. Dezember 2015. Grundlage waren die Ergebnisse und Empfehlungen des europaweiten Projekts MILCEA (Monitoring in Long-Term Care - Pilot Project on Elder Abuse, vgl. Anhang A), die auf die Langzeitpflege in Deutschland übertragen werden sollten. Im Modellverlauf, so das zentrale Ziel, sollten in den vier teilnehmenden Modellkommunen die Zuständigkeiten und Handlungsabläufe zwischen den „professionellen Akteuren des stationären und ambulanten Pflegesettings (z. B. Heimaufsicht, Beratungsstellen, statio-

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

näre/ambulante Pflegeeinrichtungen)“ abgestimmt, festgelegt und evaluiert werden. Aufgabe der Begleitforschung war es, den Umsetzungsprozess an den vier Standorten in einer multiplen Fallstudie zu untersuchen. Aus den Ergebnissen und Erkenntnissen sollten Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, unter welchen Bedingungen die Maßnahmen erfolgreich implementiert werden können. Der Abschlussbericht des Projekts liegt noch nicht vor.

Die ausgewählten Forschungsvorhaben zu dieser Thematik finden Sie im Anhang A.

2.9. Stärkung der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Behinderung

In Deutschland leben derzeit rund sieben Mio. Menschen mit einer Schwerbehinderung. Laut Daten des Mikrozensus kann man davon ausgehen, dass jeder zehnte von ihnen auch gleichzeitig pflegebedürftig ist. Gesellschaft und Staat haben sich bereits mit der UN-Behindertenrechtskonvention 2007 verpflichtet, für die Inklusion aller Menschen mit Behinderung zu sorgen, d. h. für eine vollständige gesellschaftliche Teilhabe. Für Menschen mit wesentlichen Behinderungen wird das Recht der Eingliederungshilfe im Lichte des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention - UN-BRK) im Bundesteilhabegesetz weiterentwickelt.

Als Pflegebedürftige profitieren Menschen mit Behinderung – wie alle anderen auch – von allen Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung. Gleichwohl wurde zur Minderung von Belastungen, die sich ergeben, wenn Pflegebedürftigkeit und Behinderung gleichzeitig vorliegen, im Berichtszeitraum eine Reihe von weiteren Maßnahmen ergriffen:

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Assistenzpflege bei stationärer Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§§ 11 Absatz 3 SGB V, 34 Absatz 2 Satz 2 SGB XI, § 63 Satz 4 SGB XI)

Im Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (AssPflBEdRG)[59] vom 20. Dezember 2012 wurde verankert, dass pflegebedürftige Menschen mit Behinderung auch bei stationärer Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen einen Anspruch auf Mitaufnahme der Assistenzpflegeperson in die Einrichtung haben, wenn sie ihre Pflege nach den Regelungen des SGB XII durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen (Arbeitgebermodell). Gleichzeitig bestimmt § 34 Absatz 2 Satz 2 SGB XI, dass das Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld während dieser stationären Behandlung ohne zeitliche Begrenzung weiter gezahlt wird. Ergänzend regelt § 63 Satz 4 SGB XII die Weiterleistung der Hilfe zur Pflege bei vorübergehenden Aufenthalten in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Damit wurden Hürden für den stationären Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung abgebaut.

Das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen knüpft an das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30. Juli 2009 an, das diese Leistungsausweitungen für diesen Personenkreis bereits für den Fall eines Krankenhausaufenthaltes eingeführt hatte.

Kurzzeitpflege für Menschen mit Behinderung (§ 42 Abs. 3 SGB XI)

Bis zum Inkrafttreten des PNG durften junge Menschen Kurzzeitpflege nur bis zum Alter von 18 Jahren in einer anderen Einrichtung als in einem Pflegeheim in Anspruch nehmen. Waren sie älter als 18, mussten sie ein Pflegeheim mit Kurzzeitpflegeplätzen nutzen. Diese Altersbeschränkung wurde mit dem PNG auf 25 Jahre angehoben und mit dem PSG I komplett aufgehoben. Jetzt können Menschen mit Behinderung unabhängig vom Alter Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung und anderen geeigneten Einrichtungen in Anspruch nehmen, wenn die Kurzzeitpflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Das macht es für viele leichter, von der Möglichkeit der Kurzzeitpflege Gebrauch zu machen, und leistet einen Beitrag zur Inklusion.

Anteiliges Pflegegeld für zu Hause verbrachte Tage (§ 38 Satz 5 SGB XI)

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung haben seit dem PNG einen gesetzlich normierten Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden

[59] Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (AssPflBEdRG) vom 20. Dezember 2012, BGBl. I, S. 2789, in Kraft getreten am 28. Dezember 2012 sowie in Teilen am 1. Januar 2013.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

(§ 38 Satz 5 SGB XI). Diese Regelung wurde erforderlich, nachdem eine neue Fassung des Gemeinsamen Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften der Pflegeversicherung im Jahr 2011 dazu führte, dass diese bis dahin geltende Rechtspraxis unter Verweis auf § 38 SGB XI (Anrechnung des Zuschusses gemäß § 43a SGB XI) nicht mehr von allen Pflegekassen angewandt wurde. Mit der neuen Regelung wird nunmehr dem Ziel Rechnung getragen, dass familiäre Pflege weiter gestärkt und der Kontakt des Menschen mit Behinderung mit seiner Familie unterstützt wird.

Die ausgewählten Forschungsvorhaben zu dieser Thematik finden Sie im Anhang A.

2.10. Stärkung der pflegerischen Versorgung von Menschen mit einer Suchtproblematik

Schädlicher Substanzmittelkonsum oder eine Abhängigkeit werden bei älteren Menschen häufig nicht oder erst sehr spät bemerkt. Unerkannt führen sie frühzeitiger zum Verlust der Selbständigkeit und persönlichen Freiheit. In den ambulanten und stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen gibt es in der Regel keine etablierten Vorgehensweisen, wenn Pflegebedürftige durch einen problematischen Gebrauch von Alkohol oder Medikamenten auffallen. Nur wenige Suchthilfeeinrichtungen haben bisher Konzepte zur Behandlung älterer Menschen entwickelt, da selten Betroffene aus dieser Altersgruppe deren Hilfen in Anspruch nehmen.

Um die Mitarbeitenden der Pflege- und Suchthilfeeinrichtungen für das Thema „Sucht im Alter“ zu sensibilisieren und ihre Kompetenzen im Umgang mit den Betroffenen zu erhöhen, hat das BMG deshalb im Rahmen des Förderschwerpunktes *»Sucht im Alter« - Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe* acht Modellprojekte gefördert. Die beteiligten Fachkräfte haben gemeinsam vielfältige Weiterbildungsmaßnahmen entwickelt und in der Praxis erprobt. Die Ergebnisse der geförderten Projekte wurden retrospektiv und projektbegleitend analysiert und in Form einer öffentlich zugänglichen Webseite[60] aufbereitet. Die Internetpräsenz dient der nachhaltigen Weitergabe der in den Projekten entwickelten Konzepte und der Erfahrungen bei der Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe. Die Ergebnisse sind für Sucht- und Altenhilfeeinrichtungen, aber auch für regionale Entscheidungsträger relevant, die den Aspekt „Sucht im Alter“ in ihren Einrichtungen oder Regionen etablieren möchten.

[60] www.alter-sucht-pflege.de

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2.11. Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege

Auch in der pflegerischen Versorgung wurden im Berichtszeitraum präventive Aspekte stärker in den Mittelpunkt gestellt: Dies gilt nicht nur für die Pflegebedürftigen selbst, die durch präventive Maßnahmen darin unterstützt werden können, Selbständigkeit und Lebensqualität zu erhalten. Es gilt genauso für pflegende Angehörige und Pflegekräfte in Einrichtungen der pflegerischen Versorgung: Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können bei diesen Zielgruppen vor dem Hintergrund der anspruchsvollen Pflegearbeit dazu beitragen, die Gesundheit zu erhalten, zu stärken oder zu verbessern. Mit dem Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015[61] wurde eine Reihe von Maßnahmen verabschiedet, die sich auch auf die pflegerische Versorgung beziehen:

- Um die Selbständigkeit älterer Menschen möglichst lange zu erhalten, wird bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit künftig immer auch ermittelt, ob ein Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Leistungen nach § 20 Abs. 1 SGB V besteht.
- Es wurde eine Nationale Präventionskonferenz eingeführt, an der auch die soziale Pflegeversicherung beteiligt ist und die bereits im Oktober 2015 erstmals getagt hat. Aufgabe der Präventionskonferenz ist es, eine nationale Präventionsstrategie zu erarbeiten und fortzuschreiben, sowie alle vier Jahre, erstmals 2019, einen trägerübergreifenden Präventionsbericht zu erstellen.
- Die Pflegekassen erhalten den neuen Auftrag, Leistungen zur Gesundheitsförderung in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen, indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Im Jahr 2016 haben die Pflegekassen 30 Cent pro Versicherten und damit insgesamt 21 Mio. Euro für die Wahrnehmung dieser Aufgabe zu verwenden.

[61] Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) vom 17. Juli 2015, BGBl. I, S. 1368, in weiten Teilen in Kraft getreten am 25. Juli 2015 sowie bezüglich der Regelungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch am 1. Januar 2016.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2.12. Stärkung der pflegerischen Versorgung in der letzten Lebensphase

Eine wichtige Frage ist, wie pflegebedürftige Menschen am Ende ihres Lebens noch besser versorgt werden können. Jeder Mensch soll die Hilfe und Unterstützung bekommen, die er in der letzten Lebensphase wünscht und benötigt. Deshalb hat die Bundesregierung das HPG vom 1. Dezember 2015 vorgelegt, das mit großer Mehrheit im Deutschen Bundestag verabschiedet wurde. Es enthält vielfältige Maßnahmen, die u. a. den flächendeckenden Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in allen Teilen Deutschlands fördern. Die Maßnahmen umfassen auch die Sterbebegleitung, die nunmehr ausdrücklich Bestandteil des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen ist. Es wurde zudem die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen ihren Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten können. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen müssen seitdem mit ambulanten Hospizdiensten zusammenarbeiten. Im Internet wird über die Kooperationen der Pflegeeinrichtungen mit Hospiz- und Palliativnetzen öffentlich informiert (vgl. Kapitel 2.5).

2.13. Technische und digitale Innovationen im Pflegebereich nutzen

Zur Sicherstellung einer qualitätsvollen und bedarfsgerechten Pflege hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung die Initiative „Pflegeinnovationen 2020“ gestartet. Hier kommt der Entwicklung und dem Einsatz neuer technischer und organisatorischer Lösungen eine zentrale Bedeutung zu: Sie können in der Alten- wie in der Krankenpflege dazu beitragen, die Selbstbestimmung und die Lebensqualität von Pflegebedürftigen zu erhöhen und professionell Pflegende ebenso wie pflegende Angehörige zu entlasten.[62] Ziel der BMBF-Initiative „Pflegeinnovationen 2020“ ist es, Forschungs- und Entwicklungsvorhaben in diesem gesellschaftlich und forschungspolitisch wichtigen Bereich zu unterstützen und auf diese Weise dazu beizutragen, den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Bereich der Pflege wirksam und nachhaltig zu begegnen, die bereits vorhandene Innovationsstärke Deutschlands in der Medizintechnik auf die Mensch-Technik-Interaktion in der Pflege auszuweiten und so Deutschland als Leitanbieter in diesem Markt zu etablieren. Das BMBF hat im Berichtszeitraum drei Förderschwer-

[62] Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015). Die neue Hightech-Strategie Innovationen für Deutschland. Berlin, Bonn

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

punkte in dieser Initiative veröffentlicht: (1) „Pflegeinnovationen für Menschen mit Demenz“ (2) „Pflegeinnovationen zur Unterstützung informell und professionell Pflegender“ und (3) „Innovationen für die Intensiv- und Palliativpflege“.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3. Stand der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung

3.1. Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

Grundsätzlich stehen Versicherten unterschiedliche Versorgungsangebote durch unterschiedliche Arten von Einrichtungen zur Verfügung. Für welche Möglichkeiten sich die Betroffenen entscheiden, hängt zum einen von der Schwere der Pflegebedürftigkeit, zum anderen aber auch von den persönlichen Lebensumständen der jeweiligen Pflegeperson, z. B. der konkreten Wohnsituation, dem Vorhandensein von pflegebereiten Familienangehörigen oder dem nachbarschaftlichen Netzwerk ab.

Die meisten Leistungen der Pflegeversicherung wurden im Berichtszeitraum (mehrfach) erhöht. Darüber hinaus prüft die Bundesregierung alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung (§ 30 SGB XI).

Tabelle 22 zeigt die Entwicklung der Höchstbeträge für alle Pflegeleistungen vor und nach den Gesetzesänderungen durch das PNG und PSG I.

Tabelle 22: Entwicklung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung im Berichtszeitraum 2011-2015

Stand / Leistung	01.01.2011	01.01.2012	Nach PNG 01.01.2013	Nach PSG I 01.01.2015
Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) (monatlich)	I: 440 € II: 1.040 € III: 1.510 € Härtefall: 1.918 €	I: 450 € II: 1.100 € III: 1.550 € Härtefall: 1.918 €	I: 450 € II: 1.100 € III: 1.550 € Härtefall: 1.918 €	I: 468 € II: 1.144 € III: 1.612 € Härtefall: 1.995 €
Pflegegeld (§ 37 SGB XI) (monatlich)	I: 225 € II: 430 € III: 685 €	I: 235 € II: 440 € III: 700 €	I: 235 € II: 440 € III: 700 €	I: 244 € II: 458 € III: 728 €
Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI; monatlich)		200 € (ab 30.10.2012)	200 € (ab 30.10.2012)	205 €
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (§ 40 Abs. 2 SGB XI; monatlich)	31 €	31 €	31 €	40 €
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 Abs. 4 SGB XI; je Maßnahme)	2.557 €	2.557 €	2.557 €	4.000 €

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Leistung \ Stand	01.01.2011	01.01.2012	Nach PNG 01.01.2013	Nach PSG I 01.01.2015
Teilstationäre Leistungen: Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) (monatlich)	I: 440 € II: 1.040 € III: 1.510 €	I: 450 € II: 1.100 € III: 1.550 €	I: 450 € II: 1.100 € III: 1.550 €	I: 468 € II: 1.144 € III: 1.612 €
Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)/ Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) (jährlich)	1.510 €	1.550 €	1.550 €	1.612 €
Vollstationäre Leistungen (§ 43 SGB XI) (monatlich)	I: 1.023 € II: 1.279 € III: 1.510 € Härtefall: 1.825 €	I: 1.023 € II: 1.279 € III: 1.550 € Härtefall: 1.918 €	I: 1.023 € II: 1.279 € III: 1.550 € Härtefall: 1.918 €	I: 1.064 € II: 1.330 € III: 1.612 € Härtefall: 1.995 €
Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) (monatlich)	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 €	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 €	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 €	10 % des Heimentgelts, höchstens 266 €
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI) (monatlich)	Grundbetrag: 100 € Erhöhter Betrag: 200 €	Grundbetrag: 100 € Erhöhter Betrag: 200 €	Grundbetrag: 100 € Erhöhter Betrag: 200 €	Grundbetrag: 104 €[63] Erhöhter Betrag: 208 €
Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI)[64] (monatlich)	-	-	Pflegegeld: „PS 0“: 120 € I: + 70 € II: + 85 € Pflegesachleistungen „PS 0“: 225 € I: + 215 € II: + 150 €	Pflegegeld: „PS 0“: 123 € I: + 72 € II: + 87 € Pflegesachleistungen (§§ 36 und 41 SGB XI) „PS 0“: 231 € I: + 221 € II: + 154 €

Quelle: BMG (eigene Darstellung)

[63] Steht auch Pflegebedürftigen ohne erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz zu.

[64] Für die Zeit nach PNG standen der sog. „Pflegestufe 0“ noch die Kombinationsleistung, die Verhinderungspflege sowie die Pflegehilfsmittel und die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zur Verfügung. Für die Zeit nach PSG I standen der sog. „Pflegestufe 0“ noch die Kombinationsleistung, der Wohngruppenzuschlag, die Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Kurzzeitpflege und Anschubfinanzierung zur Gründung von WGs zur Verfügung.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

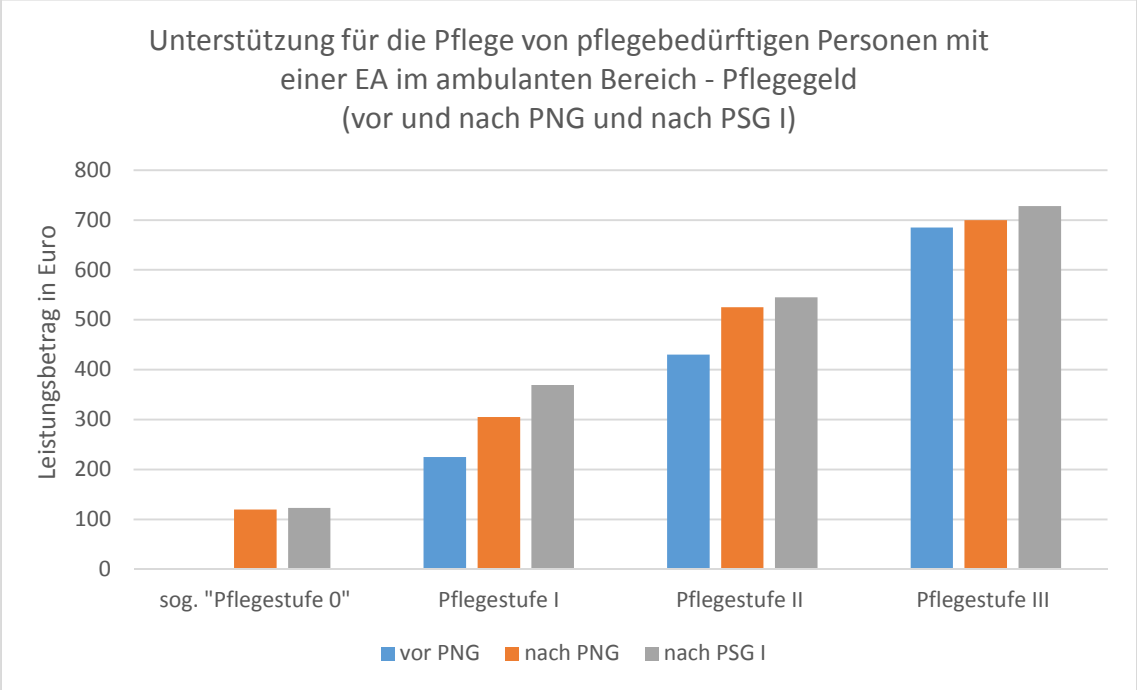
3.1.1. Leistungsverbesserungen durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz

Das PNG war die erste größere Pflegereform im Berichtszeitraum. Die Regelungen des PNG traten am 30. Oktober 2012 bzw. am 1. Januar 2013 in Kraft.

Mit dem PNG wurden insbesondere die Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der ambulanten Versorgung deutlich erhöht (vgl. *Abbildung 8 und Abbildung 9*). Die Wahl- sowie die Gestaltungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wurden ausgeweitet, beispielsweise durch die Einführung von Leistungen der häuslichen Betreuung als Sachleistung.

Darüber hinaus wird seit dem PNG die ergänzende private Vorsorge für den Pflegefall erstmals staatlich gefördert (§ 127 SGB XI): Durch die Förderung privater Pflege-Zusatzversicherungen, die gewissen gesetzlichen Bedingungen genügen, wurde eine zusätzliche Finanzierungsmöglichkeit geschaffen, die die Bürger dabei unterstützt, eigenverantwortlich und kapitalgedeckt zusätzlich für den Fall der Pflegebedürftigkeit vorzusorgen (vgl. Kapitel 2.7).

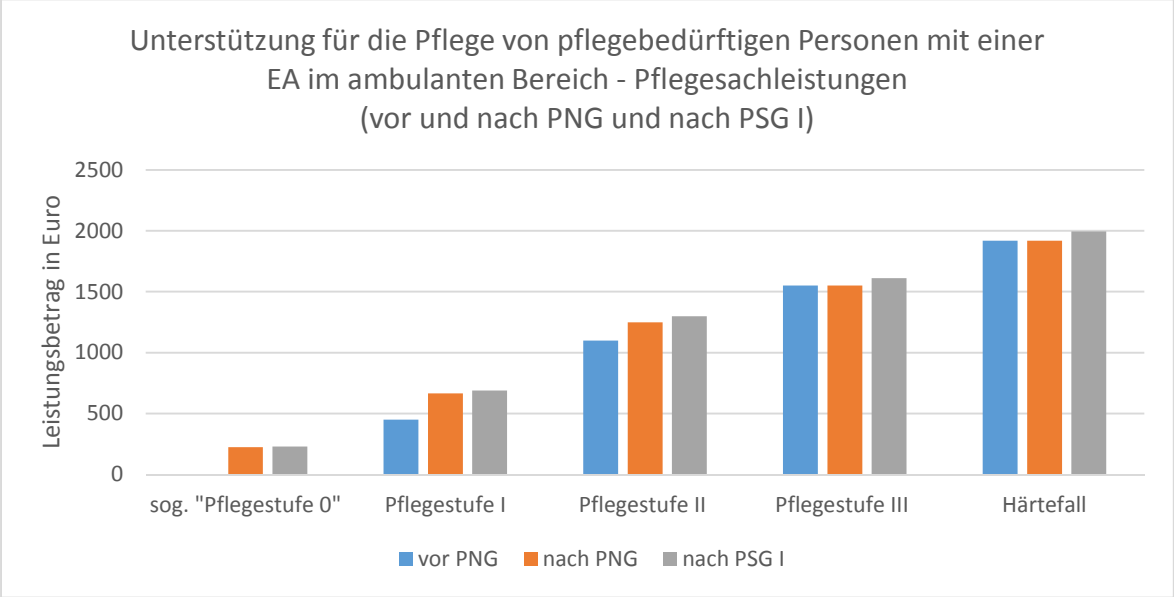
Abbildung 8: Unterstützung für die Pflege von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (EA) in der ambulanten Pflege (Pflegegeld): vor und nach PNG (2013) sowie nach PSG I (2015)



Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Abbildung 9: Unterstützung für die Pflege von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (EA) in der ambulanten Pflege (Pflegesachleistungen): vor und nach PNG (2013) sowie nach PSG I (2015)



Quelle: BMG (eigene Darstellung)

3.1.2. Leistungsverbesserungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz

Seit Inkrafttreten des PSG I am 1. Januar 2015 erhalten Betroffene deutlich mehr Unterstützung: Fast alle Leistungsbeträge der Pflegeversicherung wurden um vier Prozent angehoben. Die Leistungen, die erst mit dem PNG eingeführt wurden, stiegen um 2,67 Prozent an.

Pro Jahr stehen rund 1,4 Milliarden Euro zusätzlich für die häusliche Pflege zur Verfügung, um die Betreuung und pflegerische Versorgung in den eigenen vier Wänden zu unterstützen. So sind z. B. die finanziellen Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen deutlich angestiegen von zuvor bis zu 2.557 Euro auf bis zu 4.000 Euro pro Maßnahme. Damit wird den Pflegebedürftigen ermöglicht, länger in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben. Wohnen mehrere Anspruchsberechtigte zusammen, kann sogar ein Betrag von bis zu 16.000 Euro eingesetzt werden.

Der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege wurde ausgeweitet. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen wurden durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen ergänzt. Diese Entlastungsleitungen sollen insbesondere dazu beitragen, dass der Pflegealltag leichter zu bewältigen ist, bspw. indem Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende unterstützt werden. In Betracht kommen beispielsweise Angebote wie Hilfen im Haushalt oder die Unterstützung durch Alltags- oder Pflegebegleiter. Darüber hinaus wurden die Leistungen angehoben und auch Pflegebedürftigen ohne einge-

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

schränkte Alltagskompetenz eröffnet; ihnen steht nun ein Anspruch auf Erstattung entsprechender Kosten in Höhe von bis zu 104 Euro monatlich zu. Für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wurde der Betrag von 100 bzw. 200 Euro auf 104 bzw. 208 Euro pro Monat erhöht. Schließlich können nunmehr bis zu 40 Prozent des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrags für ambulante Pflegesachleistungen (§§ 36 und 123 SGB XI) für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote verwendet werden.

Mit dem PSG I wurden darüber hinaus die Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege ausgebaut und können nunmehr besser miteinander kombiniert werden. So kann der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Tages- und Nachtpflege können ungekürzt neben ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistung in Anspruch genommen werden.

Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der sog. „Pflegestufe 0“ haben mit dem PSG I erstmals die Möglichkeit erhalten, auch Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. Sie können nunmehr zudem die zusätzlichen Leistungen für Mitglieder ambulant betreuter Wohngruppen, also den sog. Wohngruppen-Zuschlag, und Zuschüsse für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung bei Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe erhalten.

Die stationäre Pflege wurde mit dem PSG I durch den Ausbau der Möglichkeit des Einsatzes zusätzlicher Betreuungskräfte gestärkt. Außerdem konnte die Stundenzahl vieler Teilzeitkräfte aufgestockt werden. Nach der Pflegestatistik 2013 waren zum 15. Dezember 2013 knapp 28.800 zusätzliche Betreuungskräfte in den Pflegeeinrichtungen tätig. Allein für das Jahr 2015 sind mit dem PSG I die Ausgaben für die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI um knapp zwei Drittel auf über eine Milliarde Euro gestiegen. Im Vergleich zum Jahr 2013 liegt der geschätzte Zuwachs bei etwa 20.000 Stellen, so dass Ende 2015 von insgesamt rd. 48.000 zusätzlichen Betreuungskräften ausgegangen werden kann. Die genaue Anzahl der zusätzlichen Betreuungskräfte zum 15. Dezember 2015 wird mit dem Erscheinen der Pflegestatistik 2015 Anfang 2017 vorliegen.

Beschäftigte, die kurzfristig die Pflege eines nahen Angehörigen organisieren oder selber sicherstellen müssen, können sich bereits nach geltender Rechtslage (Pflegezeitgesetz) eine bis zu zehntägige Freistellung vom Beruf nehmen. Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, das am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, wurde dieses Recht auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung durch die Einführung des Anspruches auf Pflegeunterstützungsgeld erweitert. Dieser Anspruch ist ebenfalls begrenzt auf bis zu zehn Tage (vgl. Kapitel 2.2).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.2. Leistungsempfänger

3.2.1. Leistungsempfänger der SPV/PPV insgesamt

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen sowie ihre Verteilung auf Leistungsarten und Pflegestufen sind die zentralen Bestimmungsfaktoren für die Höhe und Entwicklung der Ausgaben der Pflegeversicherung. 2015 gab es in der sozialen und privaten Pflegeversicherung rd. 2,83 Mio. Pflegebedürftige, von denen rd. 2,04 Mio. ambulante Leistungen und 810.000 vollstationäre Leistungen erhielten. Im Vergleich zum Jahr 2010 (2,43 Mio. Pflegebedürftige) hat die Zahl der Pflegebedürftigen damit um 16,5 Prozent zugenommen. Betrachtet man alleine die SPV, so gab es hier ebenfalls eine Steigerung um 16,5 Prozent, innerhalb der PPV belief sich die Steigerung gegenüber 2010 hingegen auf 25,4 Prozent (vgl. *Tabelle 23 und*

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 24). Der wesentlich stärkere Anstieg in der PPV geht darauf zurück, dass ausgehend von einer deutlich günstigeren Altersstruktur mittlerweile verstärkt Versicherte in die mit einem höheren Pflegerisiko verbundenen Altersgruppen hineinwachsen. Trotzdem ist der Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten in der PPV mit rd. 1,9 Prozent nach wie vor deutlich niedriger als in der SPV mit 3,7 Prozent.

Tabelle 23: Gesamtzahl der Leistungsbezieher SPV am Jahresende

Soziale Pflegeversicherung (SPV)						
	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
ambulant	1.557.844	1.600.544	1.667.108	1.739.337	1.818.052	1.907.095
stationär	709.955	714.882	729.546	740.253	750.884	758.014
insgesamt	2.287.799	2.315.436	2.396.654	2.479.590	2.568.936	2.665.109

Quelle: BMG

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 24: Gesamtzahl der Leistungsbezieher PPV am Jahresende

Private Pflege-Pflichtversicherung (PPV)						
	2010	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
ambulant	99.000	101.237	105.758	114.558	120.646	128.140
stationär	43.000	43.862	45.383	47.128	48.678	49.935
insgesamt	142.000	145.099	151.141	161.686	169.324	178.075

Quelle: BMG

3.2.2. Leistungsempfänger nach Pflegestufen

Einen Überblick über die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen und ihre Verteilung auf die Pflegestufen geben die *Tabelle 25 und Tabelle* 26. Deutlich wird zunächst, dass der größte Anteil der Betroffenen in der Pflegestufe I verortet ist.

Im Berichtszeitraum ist der Anteil der Leistungsempfänger in Pflegestufe I im ambulanten Bereich um 1,5 Prozentpunkte gestiegen. Bei den Pflegestufen II und III ist der Anteil unter den Leistungsempfängern der Pflegeversicherung leicht gesunken, wobei der Anteil der Härtefälle unter der Pflegestufe III von 1,4 Prozent auf 1,9 Prozent gestiegen ist.

Tabelle 25: Leistungsempfänger (SPV und PPV) nach Pflegestufen im ambulanten Bereich

ambulant	**31.12.2011**		**31.12.2012**		**31.12.2013**		**31.12.2014**		**31.12.2015**	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Pflegestufe I	1.049.373	61,7	1.099.865	62,0	1.154.336	62,5	1.208.674	63,6	1.280.569	63,2
Pflegestufe II	501.797	29,5	517.852	29,2	538.336	29,1	560.814	29,0	579.016	28,6
Pflegestufe III	147.484	8,7	152.023	8,6	154.455	8,4	161.552	8,4	166.180	8,2
darunter: Härtefälle*	2.015	1,4	2.251	1,5	2.481	1,6	2.800	1,7	3.094	1,9
insgesamt	1.701.791	100	1.772.866	100	1.847.127	100	1.931.040	100	2.025.765	100

*Härtefall (Anteil an den Pflegebedürftigen der Pflegestufe III - max. 3 Prozent)

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Im stationären Bereich ist der Anteil der Leistungsempfänger mit Pflegestufe I im Berichtszeitraum nur leicht um 0,5 Prozentpunkte angestiegen. Hingegen ist der Anteil der Leistungsempfänger in Pflegestufe II leicht um 0,9 Prozentpunkte gesunken. Die Leistungsempfänger der Pflegestufe III haben ihren Anteil kaum verändert, der Anteil der darunter fallenden Härtefälle stieg um einen Prozentpunkt: von 3,8 Prozent auf 4,8 Prozent.

Tabelle 26: Leistungsempfänger (SPV und PPV) nach Pflegestufen im stationären Bereich

stationär	**31.12.2011**		**31.12.2012**		**31.12.2013**		**31.12.2014**		**31.12.2015**	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Pflegestufe I	317.021	41,8	328.996	42,5	316.125	42,7	321.215	42,8	342.015	42,3
Pflegestufe II	292.119	38,5	292.837	37,8	278.294	37,6	280.733	37,4	304.689	37,7
Pflegestufe III	149.428	19,7	152.940	19,7	145.834	19,7	148.936	19,8	160.767	19,9
darunter: Härtefälle*	5.662	3,8	6.096	4,0	6.463	4,4	7.209	4,8	7.700	4,8
Insgesamt	758.744	100	774.929	100	740.253	100	750.884	100	807.949	100

*Härtefall (Anteil an den Pflegebedürftigen der Pflegestufe III - max. 3 Prozent)

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Abbildung 10 zeigt den absoluten Aufwuchs der Leistungsbezieher im ambulanten und stationären Bereich über alle Pflegestufen hinweg. Die Zahl der Leistungsbezieher mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in den Pflegestufen I bis III wird erst seit dem Jahr 2015 erfasst. Somit kann der Anstieg dieser Personengruppe für den Berichtszeitraum nicht aufgezeigt, aber dennoch angenommen werden.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Abbildung 10: Leistungsbezieher der SPV nach Pflegestufen und Personen mit (erheblich) eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) am Jahresende im ambulanten und stationären Bereich

	ambulant					vollstationär				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
PS 0	38.446	48.844	93.513	133.250	158.902	5.650	7.749	10.133	11.073	11.852
PS I	995.501	1.043.065	1.094.521	1.145.958	1.213.683	302.314	313.280	316.125	321.215	324.693
PEA I					307.284					124.256
PS II	468.364	483.159	501.609	522.218	539.110	273.457	273.733	278.294	280.733	283.941
PEA II					239.143					177.186
PS III	136.689	140.884	143.207	149.876	154.302	139.111	142.533	145.977	148.936	149.380
PEA III					102.456					115.842

Quelle: amtliche Statistik PG2, PEA erst ab 2015 ausgewiesen

3.2.3. Leistungsempfänger nach Leistungsarten

Insgesamt werden die Leistungen der Pflegeversicherung zur ambulanten Versorgung deutlich häufiger in Anspruch genommen als die stationären Leistungen: 2011 belief sich der Anteil der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich auf 69,2 Prozent und im Jahr 2015 bereits auf 71,6 Prozent. Die Anteilswerte für den vollstationären Bereich sind entsprechend dazu leicht rückläufig.

Im Anhang (vgl. *Tabelle 66*) ist die Entwicklung der Leistungsempfänger der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt dargestellt. Demnach ist weiterhin das **Pflegegeld** die Leistungsart, die am häufigsten in Anspruch genommen wird. Seit 1995 ist der Anteil der Bezieher von Pflegegeld zunächst kontinuierlich gesunken. Im Jahr 2012 bezogen noch 43,9 Prozent der Leistungsempfänger Pflegegeld. Seit dem Jahr 2013 nimmt der Anteil wieder leicht zu: 2015 bezogen wieder 45,7 Prozent aller Leistungsempfänger Pflegegeld, also rd. 1,33 Mio. Betroffene.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Der Anteil der Bezieher der ambulanten **Pflegesachleistung** ist zunächst von 6,9 Prozent im Jahr 2011 auf 5,1 Prozent im Jahr 2013 gesunken und danach wieder auf 6,2 Prozent in 2015 angestiegen. Der Anteil derer, die Pflegegeld und Pflegesachleistung kombinierten, stieg bis 2013 auf 15,6 Prozent und sank im Jahr 2015 wieder auf 14,0 Prozent ab.

Der Anteil der Pflegebedürftigen, die auch Leistungen der **Tages- und Nachtpflege bezogen,** ist im Berichtszeitraum von 1,8 auf 2,5 Prozent angestiegen. Noch deutlicher war der Anstieg bei der **Verhinderungspflege**: Im Jahr 2015 haben 4,4 Prozent der Leistungsempfänger diese Leistungsart in Anspruch genommen, während es im Jahr 2011 lediglich 2,5 Prozent waren. Der Anstieg dürfte u. a. auf die im Berichtszeitraum deutlichen Leistungszuwächse zurück zu führen sein. 2011 standen hierfür noch 1.510 Euro pro Jahr zur Verfügung, im Jahr 2013 waren es 1.550 Euro, und seit 2015 sind 1.612 Euro jährlich verfügbar.

Sowohl bei der **Kurzzeitpflege** als auch bei der **Verhinderungspflege** ist bei Betrachtung der Leistungstagestatistik (vgl. Anhang, *Tabelle 66*) ersichtlich, dass die Inanspruchnahme im Berichtszeitraum zugenommen hat. Zwischen 2011 und 2015 hat demnach die Zahl der Leistungsbezieher der Kurzzeitpflege um rd. 35 Prozent und die Zahl der Leistungsbezieher von Verhinderungspflege sogar um gut 100 Prozent zugenommen.
Zu berücksichtigen ist, dass die dortigen Anteilsangaben sich auf den Jahresdurchschnitt beziehen und sich dahinter hohe Fallzahlen verbergen, da diese Leistungen in der Regel nur für wenige Wochen in Anspruch genommen werden.

Die Kurzzeit- und Verhinderungspflege sind wichtige Leistungen für die Pflegebedürftigen. Im Jahr 2015 haben etwa 500.000 Pflegebedürftige Kurzzeitpflege und etwa 1,3 Mio. pflegebedürftige Personen Verhinderungspflege in Anspruch genommen.

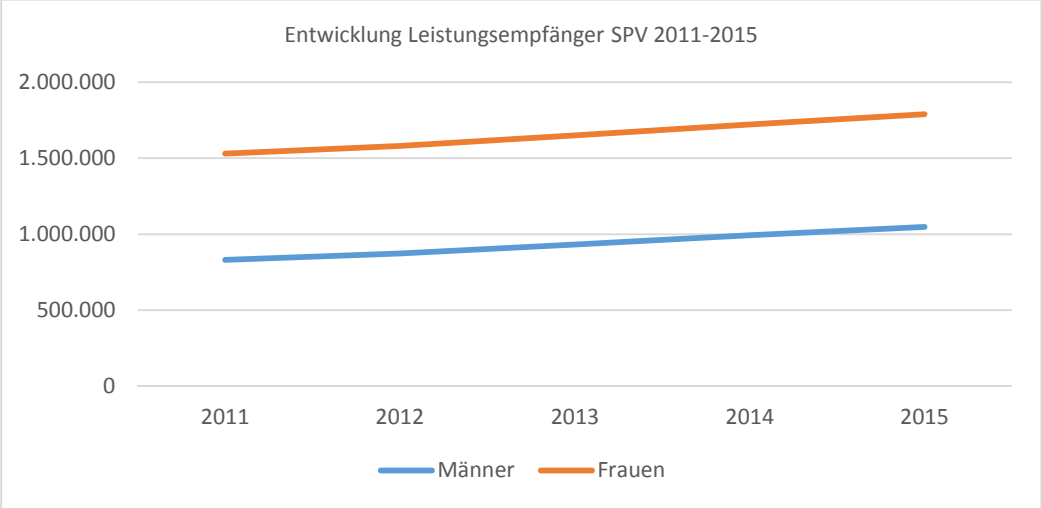
Seit 1. Januar 2015 kann die Hälfte des für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege vorgesehenen Leistungsbetrags für die Verhinderungspflege genutzt werden. Diese Steigerung des Leistungsbetrags spiegelt sich in einem doppelt so starken Anstieg der Leistungsausgaben (+ 33 Prozent) wie in den Vorjahren wider.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.2.4. Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht

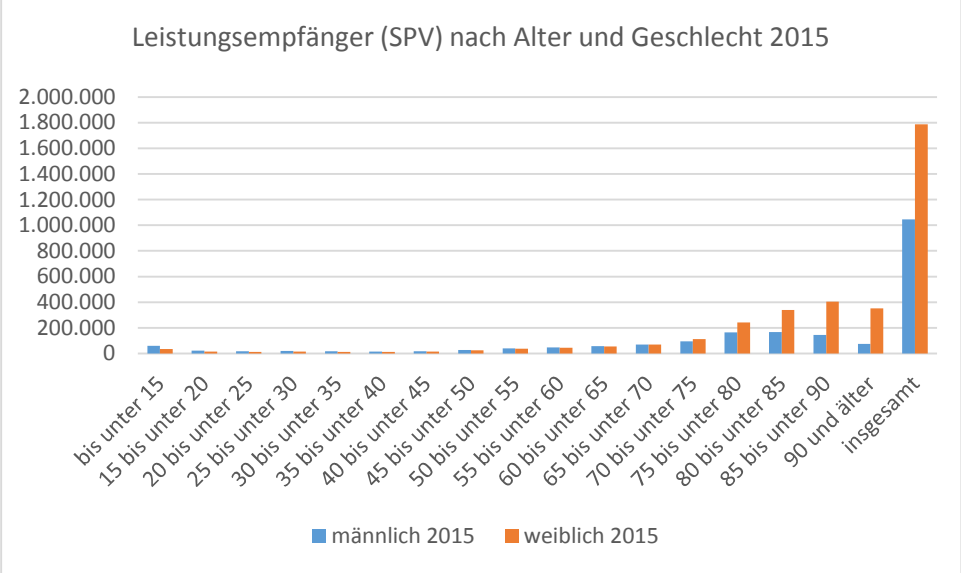
Pflegebedürftigkeit tritt überwiegend in den hohen Altersgruppen auf. So waren Ende 2015 knapp 50 Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und zwei Drittel der stationär versorgten Pflegebedürftigen über 80 Jahre alt. Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen besteht aufgrund der höheren Lebenserwartung aus Frauen (64 Prozent, vgl. *Abbildung 11 und* Abbildung 12).

Abbildung 11: Entwicklung Leistungsempfänger der SPV 2011-2015



Quelle: GKV-Spitzenverband

Abbildung 12: Leistungsempfänger SPV nach Alter und Geschlecht in 2015



Quelle: GKV-Spitzenverband

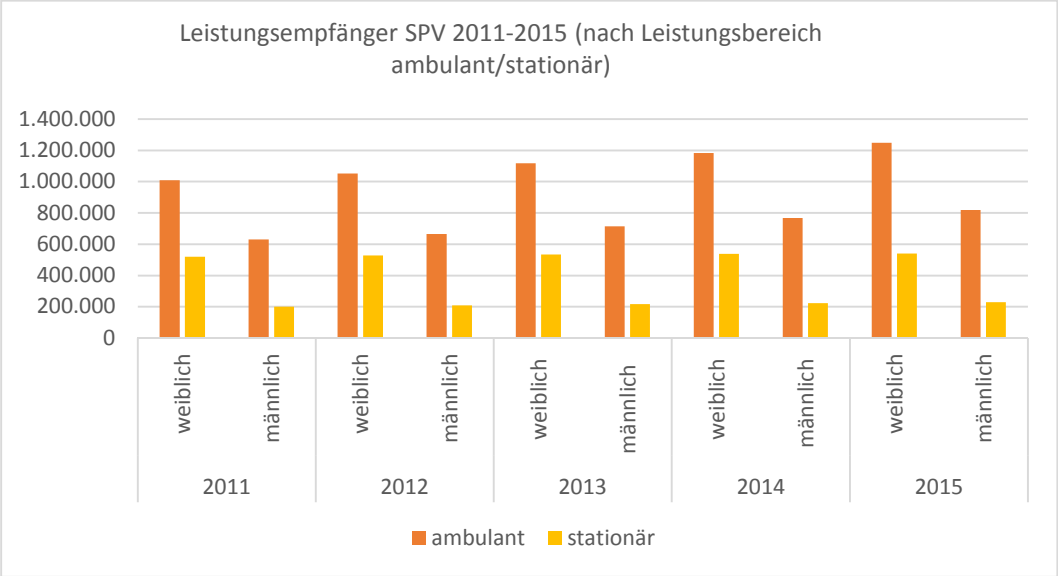
Dabei ist die Gesamtzahl der männlichen Leistungsbezieher im ambulanten Bereich während des Berichtszeitraums stärker gestiegen (+21,5 Prozent) als die der weiblichen Pflegebedürftigen

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

(+17,5 Prozent). Der Anteil der Leistungsbezieher der Altersgruppe „über 80 Jahre“ ist von 2011 bis 2015 angestiegen (vgl. *Abbildung 13*).

Im stationären Bereich fielen die Zuwächse geringer aus als im ambulanten Bereich. Im Jahr 2015 gab es insgesamt 43.132 mehr Bezieher von Pflegeleistungen als 2011 (+ 6 Prozent). In der Altersgruppe „über 80 Jahre“ nahm der Anteil der Leistungsbezieher zu.

Abbildung 13: Leistungsempfänger SPV 2011-2015 nach Leistungsbereich



Quelle: BMG

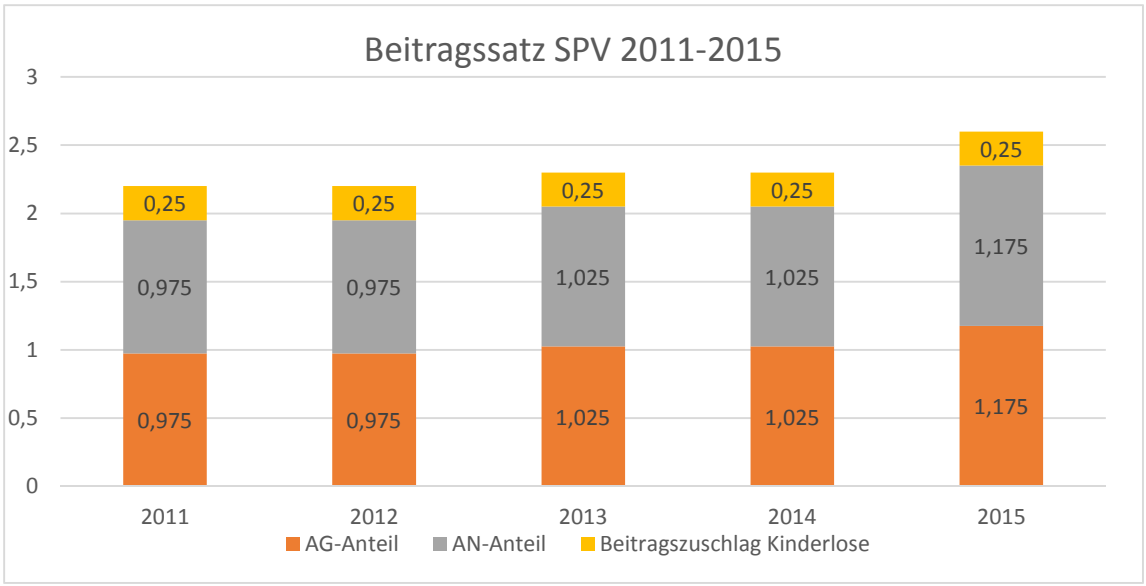
Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.3. Finanzielle Entwicklung

3.3.1. Finanzentwicklung und Ausgabenstruktur der SPV

Die Mittel für die soziale Pflegeversicherung werden durch Beiträge gedeckt. Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen davon jeweils die Hälfte. Der Beitragssatz beträgt seit 1. Januar 2015 2,35 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Die Beiträge werden paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert.[65] Hinzu kommt ein Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Prozentpunkten für kinderlose Mitglieder. Von diesem ausgenommen sind kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, Mitglieder bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, Wehr- und Zivildienstleistende sowie Personen, die Arbeitslosengeld II (ALG II) beziehen (vgl. *Abbildung* 14).

Abbildung 14: Entwicklung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung 2011-2015



Quelle: BMG (eigene Darstellung)

Die zu entrichtenden Beiträge werden für die Mitglieder im Regelfall aus den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet, jedoch nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Die Beitragsbemessungsgrenze betrug im Jahr 2015 monatlich 4.125 Euro.

Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung steigen sowohl die Einnahmen als auch die Ausgaben regelmäßig an. Im letzten Jahr des Berichtszeitraums, also 2015, nahm die soziale Pflegeversicherung 30,7 Mrd. Euro ein und gab 29 Mrd. Euro aus, davon rd. 26,6 Mrd. Euro für Leistungsausgaben (vgl. *Tabelle* 27). Im Berichtszeitraum hat die soziale Pflegeversicherung ihre liquiden Mittel

[65] Ausnahme: In Sachsen beträgt der Arbeitgeberanteil zur Pflegeversicherung seit 2015 0,675 Prozent, dafür ist der Buß- und Bettag in Sachsen als Feiertag erhalten geblieben.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

kontinuierlich aufgestockt, sie beliefen sich Ende 2015 bereits auf 8,3 Mrd. Euro. Maßgeblich hierfür waren – neben Beitragssatzerhöhungen in den Jahren 2013 und 2015 – die im gesamten Berichtszeitraum gute Beschäftigungsentwicklung und die verbesserte Lohnentwicklung; die Kombination beider Faktoren hat zu einem stärkeren Einnahmenanstieg als in früheren Jahren geführt.

Im Ergebnis konnte ein gutes Finanzpolster geschaffen werden, um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu begleiten.

Seit 2015 fließen aus den Beitragseinnahmen Mittel im Umfang von 0,1 Beitragssatzpunkten bzw. derzeit rd. 1,2 Mrd. Euro im Jahr in den mit dem Inkrafttreten des PSG I eingerichteten Pflegevorsorgefonds. Der Pflegevorsorgefonds soll künftige Beitragssteigerungen abfedern und die Pflege nachhaltig sichern. Der Fonds ist als Sondervermögen der Pflegeversicherung ausgestaltet und wird von der Bundesbank verwaltet. Die Mittel werden bis zum Jahr 2034 angespart. Ab 2035 kann dann über einen Zeitraum von mindestens 20 Jahren jeweils ein Teil des angesammelten Kapitals verwendet werden, um die Beitragsentwicklung abzumildern und das Leistungsniveau zu erhalten.

Während die Ausgaben im ambulanten und stationären Bereich noch im Jahr 2011 etwa gleich hoch waren, lagen die Ausgaben für ambulanten Leistungen in 2015 bereits 2,5 Mrd. Euro über den Ausgaben im stationären Bereich (vgl. *Tabelle 27 und* Tabelle 28). Dies unterstreicht die zunehmende Bedeutung der ambulanten Pflege. Näheres zur Verteilung der Ausgaben der Pflegeversicherung auf die unterschiedlichen Leistungsarten wird im Kapitel 3.2.3 dargestellt.

Tabelle 27: Jahresergebnis der sozialen Pflegeversicherung in Milliarden Euro*

	Einnahmen gesamt	**Ausgaben gesamt****	**Finanzierungssaldo**	**Liquide Mittel am Jahresende**	**Betriebsmittel- und Rücklagesoll**	**Mittelbestand Pflegevorsorgefonds**
2011	22,24	21,93	0,31	5,4	2,8	
2012	23,04	22,94	0,10	5,5	2,9	
2013	24,96	24,33	0,63	6,2	3,1	
2014	25,91	24,45	0,46	6,6	3,2	
2015	30,69	29,01	1,68	8,31	3,51	1,09***

*ohne Rechnungsabgrenzung

**einschließlich Verwaltungskosten

*** Zuführungen für 11 Monate, da die erste Rate erst im Februar für Januar fällig war.

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 28: Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung in Milliarden Euro

	ambulant	stationär	insgesamt
2011	10,4	10,5	20,9
2012	11,1	10,8	21,9
2013	12,3	10,9	23,2
2014	13,1	11,2	24,2
2015	14,6	12,1	26,6

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

Tabelle 29: Entwicklung der Leistungsbezieher, Einnahmen und Ausgaben der SPV

	Leistungs-bezieher SPV	Veränderung in 2 Jahren (Prozent)	Einnahmen SPV (in Mrd. Euro)	Veränderung in 2 Jahren (Prozent)	Leistungs-ausgaben SPV (in Mrd. Euro)	Veränderung in 2 Jahren (Prozent)
2009	2.235.221		21,31		20,33	
2011	2.315.436	+3,56	22,24	+4,36	21,93	+7,87
2013	2.479.590	+7,09	24,96	+12,23	24,33	+10,94
2015	2.568.936	+3,6	30,69	+18,67	29,01	+19,24

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

3.3.2. Finanzentwicklung und Ausgabenstruktur der PPV

Die Beiträge zur PPV orientieren sich im Gegensatz zur SPV nicht am Einkommen. Denn die private Pflege-Pflichtversicherung arbeitet nach Art der Lebensversicherung auf Basis des sogenannten Anwartschaftdeckungsverfahrens. Dies bedeutet, dass Alterungsrückstellungen gebildet werden, um die Beitragsentwicklung im Alter zu glätten. Deshalb richtet sich die Höhe der Versicherungsprämie nach dem individuellen Versicherungsrisiko und dem Eintrittsalter bei Versicherungsbeginn. Daneben müssen private Versicherungsunternehmen bei der Gestaltung der Prämien für die private Pflege-Pflichtversicherung eine Reihe besonderer gesetzlicher Vorgaben beachten. So dürfen die Prämien beispielsweise nicht mehr nach dem Geschlecht gestaffelt, Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen und bereits pflegebedürftige Personen nicht zurückgewiesen werden. Die Unternehmen unterliegen zudem dem Kontrahierungszwang, sie können also niemanden ablehnen, der zum Abschluss einer privaten Pflege-Pflichtversicherung berechtigt ist. Schließlich unterliegt auch die Prämienhöhe in der Regel einer gesetzlichen Höchstgrenze. Die entsprechenden Vorgaben finden sich in § 110 SGB XI.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Der Großteil der Beiträge in der PPV wird von den Versicherungsunternehmen als Alterungsrückstellung angelegt, da das Pflegerisiko mit zunehmendem Alter steigt. Der Arbeitgeber zahlt den abhängig Beschäftigten zur PPV einen Zuschuss in Höhe des Beitrags, den er bei Versicherungspflicht in der SPV als Arbeitgeber zu zahlen hätte, höchstens aber die Hälfte des tatsächlich zu zahlenden Beitrags.

Die Beitragseinnahmen der PPV stiegen im Berichtszeitraum um 4,7 Prozent an. Dem stand allerdings eine Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger um 18,5 Prozent gegenüber (vgl. *Tabelle 30*). Die Zunahme der pflegebedürftigen Personen sowie die zahlreichen Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung haben auch in der PPV im Berichtszeitraum zu einem deutlichen Anstieg der Leistungsausgaben (um 31,9 Prozent) geführt und höhere Beiträge notwendig gemacht.

Tabelle 30: Leistungsbezieher der PPV sowie Volumen der jährlichen Einnahmen durch die Versichertenprämien und Volumen der jährlichen Leistungsausgaben der PPV (in Milliarden Euro) 2011-2015

Jahr	Leistungsbezieher PPV	Veränderung zum Vorjahr (in Prozent)	Einnahmen PPV (in Mrd. Euro)	Veränderung zum Vorjahr (in Prozent)	Leistungsausgaben PPV (in Mrd. Euro)	Veränderung zum Vorjahr (in Prozent)
2011	145.099		2.105,1		720,5	
2012	151.141	+4,16	2.010,7	-4,48	779,3	+8,16
2013	161.686	+6,98	2.062,1	+2,56	857,1	+9,98
2014	169.324	+4,72	2.013,6	-2,35	880,1	+2,68
2015	178.075	+5,17	2.205,0*	+9,51	950,0*	+7,94

*vorläufig

Quelle: PKV-Verband

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.4. Begutachtung durch die Medizinischen Dienste und MEDICPROOF

Zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit beauftragen die Pflegekassen bei gesetzlich Versicherten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. den Sozialmedizinischen Dienst der Knappschaft-Bahn-See (SMD-Knappschaft)[66] oder andere unabhängige Gutachter. Privat Versicherte werden durch die MEDICPROOF GmbH (MEDICPROOF), ein Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), begutachtet.

3.4.1. Begutachtung durch die Medizinischen Dienste

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und rechtliche Grundlagen

Stellen Versicherte einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung, überprüfen die Medizinischen Dienste (MD)[67] im Auftrag der Pflegekassen, ob die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt (§ 18 Abs. 1 SGB XI). Im Rahmen dieser Prüfung wird auch festgestellt, ob die Alltagskompetenz des Versicherten erheblich eingeschränkt ist und in welchem Umfang ein erheblicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht.[68] Darüber hinaus überprüft der MD, ob z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt und zumutbar sind und ob ein Beratungsbedarf zu Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V besteht.

Auf der Grundlage der Empfehlungen des MD entscheidet die Pflegekasse über den Leistungsanspruch.

Gesetzliche Grundlage für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und der erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz sowie die Zuordnung zu den Pflegestufen bilden die §§ 14, 15 und 45a SGB XI. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben erfolgt durch den GKV-Spitzenverband nach den Richtlinien gemäß §§ 17, 18b, 45a, 53a und 53b. Diese Richtlinien dienen der Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung:

---

[66] Im Folgenden werden die MDK und der SMD Knappschaft als Medizinische Dienste (MD) bezeichnet

[67] Gemeint sind hier und im Folgenden die 15 Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft-Bahn-See.

[68] Mit dem PSG II werden zum 1. Januar 2017 eine neue Definition von Pflegebedürftigkeit und ein neues Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wirksam. In der Begutachtung durch den MDK geht es dann nicht mehr um den zeitlichen Hilfebedarf eines Menschen, sondern um den Grad seiner Selbständigkeit. Pflegebedürftigkeit im Sinne der neuen Definition wird nicht mehr in Pflegestufen, sondern in Pflegegraden abgebildet. Die ab 1. Januar 2017 gültige Definition von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen gleichrangig; die zusätzliche Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Rahmen der Begutachtung wird obsolet (vgl. Kapitel 2.1.2).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

- Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen[69] über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) in der Fassung vom 11. Mai 2006.
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - BRi)[70] vom 8. Juni 2009 geändert durch Beschluss vom 16. April 2014.
- Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien - HRi) vom 10. Juli 1995, geändert durch Beschlüsse vom 19. Oktober 1995, vom 3. Juli 1996 und vom 28. Oktober 2005.
- Richtlinien zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22. März 2002, geändert durch Beschlüsse vom 11. Mai 2006 und 10. Juni 2008.
- Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung vom 23. September 2004.
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern (Unabhängige Gutachter-Richtlinien - UGu-RiLi) nach § 53b SGB XI vom 6. Mai 2013.
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren (Dienstleistungs-Richtlinien - Die-RiLi) nach § 18b SGB XI vom 10. Juli 2013.

Aufgrund der gesetzlichen Änderungen durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) wurden die BRi mit Wirkung vom 21. Mai 2013 insbesondere im Hinblick auf die folgenden Neuregelungen geändert:

- Anspruch des Versicherten auf die Zusendung des Gutachtens (§ 18 Abs. 3. Satz 8 SGB XI).
- Regelhafte Verpflichtung der Pflegekassen auf die Fünf-Wochen-Frist zur Bearbeitung der Leistungsanträge (§ 18 Abs. 3b SGB XI).
- Mitteilung der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen (Umsetzung des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, § 2 Abs. 3 FPfZG, § 7 Abs. 3 PflegeZG).

[69] Seit dem 1. Juli 2008 vertritt der GKV-Spitzenverband als einheitlicher Spitzenverband die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene. Der GKV-Spitzenverband ist gleichzeitig der Spitzenverband der Pflegekassen.

[70] Mit Beschluss vom 16. März 2016 wurden die BRi angepasst, damit der MDK seine Aufgabe, einen möglichen Beratungsbedarf zu Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V festzustellen, umsetzen kann.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

- Einführung einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung an den Antragsteller (§ 18 Abs. 6 Satz 3 SGB XI) (vgl. Kapitel 2.4.1).
- Umsetzung der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren (Dienstleistungs-Richtlinien - Die-RiLi) nach § 18b SGB XI vom 10. Juli 2013.

Mit dem PrävG wurde außerdem festgelegt, dass bei der Begutachtung regelhaft zu beurteilen ist, ob ein Beratungsbedarf des Antragstellers hinsichtlich primärpräventiver Leistungen nach § 20 Abs. 1 SGB V besteht (vgl. Kapitel 2.1.4).

Begutachtungsaufkommen in den Medizinischen Diensten

Zur Information über das Begutachtungsgeschehen, zur Sicherung einer bundeseinheitlichen Begutachtung und als Planungsgrundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung werden vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) gemäß § 53a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI regelmäßig auf der Grundlage der von den MD zur Verfügung gestellten Daten zusammenfassende Statistiken und Berichte erstellt. Auf dieser Grundlage kann das Begutachtungsgeschehen im Berichtzeitraum 2011 bis 2015 nachgezeichnet und Aussagen zu den Begutachtungsergebnissen getroffen werden:

Tabelle 31 ist zu entnehmen, dass im Berichtszeitraum das Begutachtungsaufkommen in den MD kontinuierlich angestiegen ist; das gilt sowohl für Begutachtungen von erwachsenen Antragstellern als auch für Begutachtungen von Kindern[71]. Während im Jahr 2010 1,4 Mio. Regelbegutachtungen[72] durchgeführt worden sind (vgl. 5. Pflegebericht), stieg die Zahl bis 2015 auf 1,7 Millionen.

[71] Antragsteller bis 12 Jahre

[72] Regelbegutachtungen umfassen Begutachtungen nach erstmaliger Antragstellung auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (Erstbegutachtungen), Änderungsgutachten nach Anträgen auf Höherstufung oder Rückstufung, Wiederholungsbegutachtungen sowie Widerspruchbegutachtungen. Änderungsgutachten und Wiederholungsbegutachtungen werden als Folgebegutachtungen bezeichnet.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 31: Im Berichtszeitraum durchgeführte Regelbegutachtungen in den Medizinischen Diensten differenziert nach Art der beantragten Leistungen

Antrag auf…	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
…Leistungen ambulant	1.120.087	1.240.366	1.295.644	1.285.376	1.377.272
…Leistungen vollstationär	336.967	340.618	342.608	334.640	336.575
…Leistungen nach § 43a SGB XI*	8.851	8.225	7.796	7.932	8.620
Gesamtzahl	**1.465.905**	**1.589.209**	**1.646.048**	**1.627.948**	**1.722.467**
davon Erwachsene	1.433.389	1.554.053	1.609.046	1.588.710	1.682.022
davon Kinder	32.516	35.156	37.002	39.238	40.445

**Anträge auf Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen*

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Der zahlenmäßige Anstieg von Regelbegutachtungen im Berichtzeitraum, insbesondere von 2011 zu 2012, sowie von 2014 zu 2015, kann vor allem auf eine Zunahme von Begutachtungen nach Anträgen auf ambulante Leistungen zurückgeführt werden. Die Anzahl der Begutachtungen nach Anträgen auf stationäre Leistungen bewegt sich hingegen seit 2011 mit geringen Schwankungen auf konstantem Niveau (vgl. *Tabelle* 31).

Den Hauptanteil, sowohl bei beantragten ambulanten als auch bei beantragten stationären Leistungen, machen Begutachtungen von Versicherten aus, die erstmalig einen Antrag auf Leistungen der SPV gestellt haben. Bei den Folgegutachten erwachsener Antragsteller stehen Änderungsgutachten nach Anträgen auf Höherstufung an erster Stelle, gefolgt von Wiederholungsbegutachtungen. An dritter Stelle stehen die Widerspruchsbegutachtungen (vgl. Anhang, *Tabelle 68*).

Bei Kindern bis 12 Jahre werden im Rahmen von Folgegutachten vorwiegend Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Das liegt daran, dass sich der zeitliche Hilfebedarf eines pflegebedürftigen Kindes in kurzen Zeiträumen pflegestufenrelevant verändern kann (vgl. Anhang, *Tabelle 68*).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Ablauf der Begutachtung[73]

Die Begutachtung durch den MD erfolgt grundsätzlich als körperliche Untersuchung im Wohnbereich des Versicherten durch eine Pflegefachkraft oder einen ärztlichen Gutachter. Das gilt sowohl für Anträge auf häusliche als auch vollstationäre Pflege. In Ausnahmefällen kann anstatt einer persönlichen Untersuchung des Antragstellers eine Begutachtung nach Aktenlage durchgeführt werden. Dies gilt, wenn:

- eine persönliche Untersuchung des Antragstellers im Wohnbereich nicht möglich (insbesondere wenn der Antragsteller vor der persönlichen Befunderhebung verstorben ist) oder nicht zumutbar (z. B. bei stationärer Hospizversorgung oder ambulanter Palliativpflege) ist oder
- in Ausnahmefällen bei Folgegutachten bereits aufgrund einer eindeutigen Aktenlage feststeht, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, welche Pflegestufe vorliegt, ob und ggf. in welchem Maß eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt und ob und in welchem Umfang geeignete Heil- und Hilfsmittel oder rehabilitative Leistungen in Betracht kommen.

Im Jahr 2015 wurden laut Begutachtungsstatistik 93 Prozent aller Erstantragsteller auf ambulante Leistungen anhand einer persönlichen Befunderhebung begutachtet. In 93 Prozent dieser Fälle fand die Begutachtung in der Privatwohnung des Antragstellers statt. Bei Erstantragstellern auf stationäre Leistungen wurde in 85 Prozent der Fälle eine persönliche Befunderhebung vor Ort durchgeführt; rund 90 Prozent der Antragsteller wurden in einer stationären Pflegeeinrichtung begutachtet.

Begutachtungen nach Aktenlage wurden bei 7 Prozent aller Begutachtungen nach Anträgen auf ambulante und bei 15 Prozent aller Begutachtungen nach Anträgen auf stationäre Leistungen durchgeführt (vgl. Anhang, *Tabelle* 71*)*.[74]

Begutachtungsergebnisse bei Erstbegutachtungen[75]

Im Jahr 2015 lag bei 30 Prozent aller durchgeführten ambulanten Erstbegutachtungen laut gutachterlicher Empfehlung keine Pflegebedürftigkeit vor, bei 61 Prozent wurde mindestens die Pflegestufe I empfohlen und bei 9 Prozent der Erstantragsteller wurde ein Hilfebedarf unterhalb von Pflegestufe I festgestellt und aufgrund einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI eine Empfehlung für die sog. „Pflegestufe 0“ ausgesprochen.

[73] Angaben ohne SMD der Knappschaft-Bahn-See
[74] Angaben ohne SMD der Knappschaft-Bahn-See
[75] Angaben ohne SMD der Knappschaft-Bahn-See

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Im Jahr 2011 waren es noch 5 Prozent der Erstantragsteller auf ambulante Leistungen, bei denen Pflegebedürftigkeit unterhalb der Pflegestufe I und eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde. Seitdem mit dem PNG die Leistungen der Pflegeversicherung für diese Personengruppe ausgeweitet worden sind, kam es auch zu einem Anstieg der entsprechenden gutachterlichen Empfehlungen, während gleichzeitig der Anteil von Empfehlungen für die Pflegestufe I gesunken sind. Das lässt auf ein verändertes Antragsverhalten der Versicherten in Folge des PNG schließen: Die Leistungsverbesserungen für Menschen mit Demenz und psychischen Beeinträchtigungen, die noch nicht pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind, haben vermutlich dazu geführt, dass seither Versicherte mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung und einem vergleichsweise niedrigen verrichtungsbezogenen Hilfebedarf eher einen Antrag zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit stellen (vgl. hierzu Kapitel 2 sowie Anhang G, *Tabelle* 74).

Im stationären Bereich kamen die Gutachter der MD bei rund 13 Prozent aller Erstbegutachtungen zu dem Ergebnis, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt; der Anteil von Empfehlungen für die sog. „Pflegestufe 0“ lag bei ca. 6 Prozent, in 82 Prozent der Erstbegutachtungen wurde eine Pflegestufe empfohlen (vgl. Anhang G, *Tabelle 74*).

Die Begutachtungsergebnisse für Kinder im Berichtszeitraum sind *Tabelle* 76 im Anhang zu entnehmen. Demnach bestand bei 24 Prozent der begutachteten Kinder laut gutachterlicher Einschätzung keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes, bei 19 Prozent wurde die sog. „Pflegestufe 0“, bei 57 Prozent der durchgeführten Erstbegutachtungen nach Anträgen auf ambulante und stationäre Leistungen wurde eine Pflegestufe (I-III) empfohlen.

Der Anteil der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zu Hause wohnen, ambulante Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt und mindestens Pflegestufe 0 erhalten haben, lag im Jahr 2015 über die Pflegestufen verteilt bei rund 36 Prozent. Dabei zeigt sich, dass mit steigendem Hilfebedarf des Antragstellers auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass eine erhebliche Einschränkung seiner Alltagskompetenz besteht (vgl. nachfolgende *Tabelle 32*).

Gleiches gilt für Erstbegutachtungen bei beantragten stationären Leistungen. Hier fällt allerdings der Anteil von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz mit 53 Prozent höher aus als der Anteil der Personen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (47 Prozent). Im Schnitt lag bei über der Hälfte der Erstantragsteller, bei denen auch mindestens die Voraussetzungen für Leistungen der Pflegestufe I bestanden, eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vor (vgl. *Tabelle* 33).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Die nachfolgenden *Tabelle 32 und Tabelle* 33 informieren über die Verteilungen der Ergebnisse des PEA-Assessments[76], differenziert nach Pflegestufen, bei beantragten ambulanten und stationären Leistungen für das Jahr 2015.

Tabelle 32: Ergebnisse der gutachterlichen Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz differenziert nach Pflegestufenempfehlung bei Erstbegutachtungen für das Jahr 2015, Angaben in Prozent (ohne SMD Knappschaft-Bahn-See)

Pflegestufen-empfehlung	beantragte ambulante Leistungen		
	nicht eingeschränkt	erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz
sog. „Pflegestufe 0“	0	78,3	21,7
Pflegestufe I	75,8	16,9	7,3
Pflegestufe II	68,3	20,4	11,3
Pflegestufe III	64,5	23,3	12,2
insgesamt	**64,5**	**25,6**	**9,9**

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Tabelle 33: Ergebnisse der gutachterlichen Feststellung gemäß § 45a SGB XI differenziert nach Pflegestufenempfehlung bei Erstbegutachtungen für das Jahr 2015, Angaben in Prozent (ohne SMD Knappschaft-Bahn-See)

Pflegestufen-empfehlung	beantragte stationäre Leistungen	
	nicht eingeschränkt	erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz
sog. „Pflegestufe 0“	0	100
Pflegestufe I	55,7	44,3
Pflegestufe II	44,5	55,5
Pflegestufe III	37	63,0
insgesamt	**46,8**	**53,2**

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Fristen im Begutachtungsverfahren

Nach § 18 Abs. 3 SGB XI soll dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse mitgeteilt werden. Die Pflegekasse hat daher die Anträge dem zuständigen MD unverzüglich weiterzuleiten.

[76] Grundlage sind die Richtlinien zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22. März 2002, geändert durch Beschlüsse vom 11. Mai 2006 und 10. Juni 2008.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

In bestimmten Fällen gelten verkürzte Begutachtungsfristen gemäß § 18 Abs. 3 SGB XI:
So ist die Begutachtung innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der Pflegekasse durchzuführen, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und:

- Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
- die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
- mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 FPfZG vereinbart wurde.

Eine Frist für die Begutachtung innerhalb einer Woche gilt auch dann, wenn sich der Antragsteller in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

Eine Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei der Pflegekasse ist erforderlich, wenn der Antragsteller zu Hause lebt, ohne palliativ versorgt zu werden, und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart wurde.

Die nachfolgende *Tabelle 34* weist die zahlenmäßige Entwicklung der unterschiedlichen Fristfälle für den Berichtszeitraum 2011 bis 2015 aus.

Tabelle 34: Anzahl der Erstanträge beim MD differenziert nach gesetzlicher Frist (§ 18 Abs. 3 SGB XI) vom Zeitpunkt der Antragstellung auf Leistungen der SPV bis zur Bescheid-Erteilung durch die Pflegekasse

	2013	2014	2015
5 Wochen	1.159.713	1.204.013	1.311.991
2 Wochen	128.364	88.340	99.030
1 Woche	2.257	1.420	1.804
Insgesamt	1.290.334	1.293.773	1.412.825

Quelle: Statistik nach § 18 Abs. 3b, SGB XI, GKV-Spitzenverband

Mit dem PNG wurde die Regelung der Begutachtungsfristen gemäß § 18 Abs. 3b SGB XI präzisiert und festgelegt, dass bei Überschreiten der oben genannten Fristen für jede begonnene Woche der Überschreitung eine Zahlung in Höhe von 70 Euro durch die Pflegekasse an den Antragsteller zu erfolgen hat. Die BRi wurden in der Folge dahingehend angepasst, dass durch den Gutachter die Gründe für Verzögerungen in der Bearbeitung des Auftrags, die außerhalb des Einflussbereichs des MD liegen, dokumentiert werden.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 35 informiert über die Erledigungsdauer von Regelbegutachtungen durch den MDK für diejenigen Fälle, in denen der MDK Verzögerungen, die möglicherweise zu Fristüberschreitungen geführt haben, nicht zu verantworten hatte. Verursacht wurden solche Verzögerungen vor allem dann, wenn sich der Antragsteller zum Zeitpunkt der Begutachtung im Krankenhaus bzw. in einer Rehabilitationseinrichtung aufhielt oder den Termin zur Begutachtung absagen musste. Ohne diese Fälle lag die durchschnittliche Erledigungsdauer für Regelbegutachtungen bei rund 17,7 Tagen für beantragte ambulante Leistungen und 15,1 Tagen für beantragte stationäre Leistungen (gesamt 17,6 Tage).

Bei weniger als einem Prozent der Erstanträge wurde die Begutachtung erst nach Ablauf von fünf Wochen nach Eingang des Antrags beim MD durchgeführt. Solche Fälle haben sich gegenüber 2011 stark reduziert: Damals wurde die genannte Frist noch in ca. 28 Prozent der Fälle überschritten. Die seither deutlich zügigere Begutachtung ist damit sichtbar auf die mit dem PNG eingeführten Maßnahmen zurückzuführen.

Tabelle 35: Erledigungsdauer für Regelbegutachtungen 2015 im MD differenziert nach beantragter Leistungsart für Fälle, die unter die in § 18 Abs. 3b SGB XI genannten Regelungen fallen (ohne SMD Knappschaft-Bahn-See)

Durchgeführte Erstbegutachtungen	**Beantragte ambulante Leistungen (in Prozent)**	**Beantragte stationäre Leistungen (in Prozent)**
bis 3 Wochen	65,5	70,5
Über 3 bis 4 Wochen	32,7	27,2
Über 4 bis 5 Wochen	1,1	1,4
Über 5 bis 8 Wochen	0,4	0,5
Über 8 Wochen	0,2	0,3
Durchschnittliche Dauer in Kalendertagen	**17,7**	**15,1**

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Die Zusatzzahlungen, die bei einer Überschreitung der gesetzlichen Frist zur Bearbeitung eines Antrags zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse zu leisten sind (§ 18 Abs. 3b SGB XI), entwickelten sich seit 2013 wie folgt:

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 36: Zusatzzahlungen bei Fristüberschreitungen der Bearbeitungsfristen von Anträgen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (§ 18 Abs. 3b SGB XI) 2013-2015

	Zusatzzahlungen bei Fristüberschreitungen: Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit 2013-2015		
	2013	**2014**	**2015**
Zusatzzahlungen in Euro	4.255.211	1.698.723	2.918.620

Quelle: BMG

Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis

Im Jahr 2015 wurde in 104.738 Fällen gegen das Ergebnis der Begutachtung Widerspruch eingelegt. Das entspricht einer durchschnittlichen Widerspruchsquote bei den MD von 6,1 Prozent (6,5 Prozent für beantragte ambulante Leistungen und 6,4 Prozent für beantragte stationäre Leistungen). Damit ist die durchschnittliche Widerspruchsquote für das Jahr 2015 im ambulanten Bereich erstmals unter den Wert von sieben Prozent gesunken (vgl. Anhang, *Tabelle 68).*

Bei 53 Prozent der Widerspruchsfälle bei erwachsenen Antragstellern wurde das Ergebnis des Vorgutachtens bestätigt. In rund 27 Prozent der Fälle wurde im Rahmen der Widerspruchsbegutachtung eine andere Pflegestufe empfohlen, weil sich der zeitliche Hilfebedarf des Antragstellers vom Zeitpunkt der Vorbegutachtung bis zum Zeitpunkt der Widerspruchsbegutachtung nachvollziehbar verändert hatte. In 21 Prozent der Fälle wurde eine andere Pflegestufe empfohlen mit dem Hinweis, dass bereits zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung die Voraussetzungen für das Ergebnis der Widerspruchbegutachtung bestanden haben (vgl. Anhang *Tabelle 79*).[77]

Für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern weisen die Daten der Begutachtungsstatistik eine Widerspruchsquote von 8 Prozent aus, das entspricht einer absoluten Anzahl von 3.417 Widerspruchsbegutachtungen (vgl. Anhang, *Tabelle 79*)[78]. In 64 Prozent der Widerspruchsbegutachtungen wurde das Ergebnis des Vorgutachtens bestätigt; in 11 Prozent wurde eine andere Pflegestufe empfohlen, weil sich der Hilfebedarf zwischenzeitlich verändert hatte. Bei 26 Prozent der Widerspruchsbegutachtungen standen bereits zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung die Voraussetzungen für die aktuelle Pflegestufe.

[77] Angaben ohne SMD Knappschaft-Bahn-See
[78] Angaben ohne SMD Knappschaft-Bahn-See

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Empfehlungen zu präventiven Leistungen, Heilmitteln, Hilfsmitteln und zur medizinischen Rehabilitation

Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit haben die Gutachter der MD auch Stellung zu nehmen, ob über die derzeitige Versorgungssituation hinaus Heilmittel als Einzelleistungen (z. B. Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) oder Leistungen der medizinischen Rehabilitation notwendig sind. In *Tabelle 38* sind die Empfehlungsquoten für Heilmittel bezogen auf den Berichtszeitraum 2011 bis 2015 abgebildet. In erster Linie werden dabei bei erwachsenen Antragstellern Maßnahmen der physikalischen Therapie empfohlen, gefolgt von Maßnahmen der Ergotherapie. Bei Kindern haben die Gutachter der MD im Berichtszeitraum in erster Linie Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie empfohlen.

Bei Regelbegutachtungen beantragter ambulanter Leistungen wurde 2015 darüber hinaus bei 29.561 Fällen eine Empfehlung für eine medizinische Rehabilitation ausgesprochen. Das entspricht bei einer Gesamtzahl von 1.286.502 ambulanter Regelbegutachtungen einer Reha-Empfehlungsquote für das Jahr 2015 von 2,3 Prozent. Im Berichtsjahr 2014 lag die Quote noch bei 1,0 Prozent, 2013 bei 0,7 Prozent. Bei Regelbegutachtungen nach beantragten stationären Leistungen wurden 2015 durch die MD 1.781 positive Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen. Das entspricht einer Reha-Empfehlungsquote stationär von 0,6 Prozent (vgl. dazu ausführlich Kapitel 2.1.4).

Versicherte haben außerdem einen Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmittel der GKV, wie z. B. Hörhilfen oder orthopädische Hilfsmitteln (§ 33 SGB V) und Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI, wie z. B. Inkontinenzeinlagen. In jedem Einzelfall ist daher in der Begutachtung durch den Gutachter des MD zu prüfen, ob durch den Einsatz von Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln eine Verbesserung der Versorgung des Antragstellers erreicht werden kann. Wie

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Tabelle 37 zu entnehmen ist, wurden 2015 bei Regelbegutachtungen von erwachsenen Antragstellern auf ambulante Leistungen in 16 Prozent der Fälle Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel empfohlen; bei Kindern betrug die Empfehlungsquote 5 Prozent.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 37: Empfehlungen für präventive Leistungen und Heilmitteln, an allen durchgeführten Regelbegutachtungen in Prozent; alle Angaben inklusive SMD Knappschaft

	Durchgeführte Regelbegutachtungen	Physikalische Therapie	Ergotherapie (Wohnumfeld)	Stimm-, Sprech- und Sprach-therapie	Podologische Therapie	Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel
Von Erwachsenen beantragte ambulante Leistungen						
2011	1.069.878	10,4	1,9	1,3	0,1	16,0
2012	1.169.377	7,1	1,5	1,0	0,6	16,0
2013	1.215.377	7,5	1,6	0,8	0,2	12,2
2014	1.205.045	10,7	2,4	1,2	0,3	15,3
2015	1.286.502	12,4	2,8	1,2	0,3	16,2
Von Erwachsenen beantragte stationäre Leistungen						
2011	318.375	10,1	1,3	1,1	0,1	6,2
2012	311.211	7,2	1,2	1,0	0,6	6,4
2013	306.758	7,6	1,4	0,9	0,1	2,6
2014	302.291	11,0	2,1	1,3	0,2	3,0
2015	297.076	12,7	2,6	1,3	0,2	2,0
Kinder						
2011	32.267	22,0	14,4	14,3	0,0	5,9
2012	34.863	9,9	9,9	10,5	0,2	5,6
2013	36.640	9,0	7,8	8,0	0,0	5,2
2014	38.742	12,4	10,9	11,3	0,0	6,8
2015	40.019	12,0	11,2	11,8	0,0	4,9

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Qualitätssicherung der Begutachtung innerhalb der Medizinischen Dienste

Die Spitzenverbände der Pflegekassen (heute: GKV-Spitzenverband) haben mit Datum vom 23. September 2004 die „Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung“ (QSRi) verabschiedet. Die daraus entwickelte Prüfsystematik wurde bis einschließlich 2014 angewandt. 2012 wurde unter Beteiligung von Pflegewissenschaftlern die Prüfsystematik weiterentwickelt, mit dem Ziel, die Validität und die Praktikabilität der zur Anwendung kommenden Qualitätssicherungsmaßnahmen zu erhöhen.

Die weiterentwickelte Prüfsystematik wird seit 2015 angewandt und besteht aus drei Modulen:

1. einer Qualitätsprüfung der Pflegegutachten gemäß einer bundesweit einheitlichen Prüfanleitung (Kontinuierliche Qualitätsprüfung, KQP) u. a. im Hinblick auf die folgenden

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Aspekte: Kompetenz in der Darstellung der beurteilungsrelevanten Inhalte, Kompetenz in der Bewertung der dargestellten Inhalte, Kompetenz in der Ableitung der gutachterlichen Empfehlungen an die Pflegekasse,

2. einem MD-übergreifenden Audit der Pflegebegutachtung und
3. einer Befragung der Versicherten, bei denen die Begutachtung bzw. das Audit durchgeführt wurde.

Die MD übergreifenden Audits (Modul 2) in der Pflegebegutachtung wurden erstmals im Jahr 2015 durchgeführt. Insgesamt erfolgten 37 Audits bei 16 Medizinischen Diensten. Das Audit erfolgte in Form einer begleitenden Beobachtung. Aufgabe des Auditors war es, zu überprüfen, ob die beim Hausbesuch vorgefundene Pflege- und Versorgungssituation durch den zuständigen Gutachter sachgerecht dargestellt und bewertet worden ist. Im zweiten Schritt wurde das zugehörige Pflegegutachten entsprechend der aktuellen KQP-Prüfanleitung für Pflegegutachten qualitätsgeprüft. Zu jedem Audit fand außerdem eine Befragung des Versicherten zur Zufriedenheit mit der Begutachtung statt.

Bei den in 2015 durchgeführten Audits zeigte sich nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes, dass die Vorgaben zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bundesweit einheitlich umgesetzt worden sind. Zusätzlich konnte ein hoher Übereinstimmungsgrad bei den Empfehlungen und Bewertungen zwischen dem zuständigen Gutachter und dem Auditor festgestellt werden. Die befragten Antragsteller äußerten sich außerdem positiv zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst.

Dienstleistungs-Richtlinien (DieRili) nach § 18b SGB XI

Die Pflegekassen wurden durch das PNG verpflichtet, Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren zu Verhaltensgrundsätzen, Versichertenbefragungen und dem Beschwerdemanagement zu erstellen. Besonders zu berücksichtigen waren dabei Belange von Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit einer Hörbehinderung, zudem wurde eine kontinuierliche Qualitätsprüfung der Pflegegutachten (KQP) eingeführt.

Gemäß Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren (Dienstleistungs-Richtlinien - Die-RiLi) nach § 18b SGB XI vom 10. Juli 2013 führen die Medizinischen Dienste einmal im Jahr eine Versichertenbefragung durch. Dies war erstmals im Jahr 2014 der Fall.

Die Versichertenbefragung erfolgt schriftlich auf der Grundlage eines bundesweit einheitlich strukturierten Fragebogens. Der konkrete Inhalt des Fragebogens, die bundesweit einheitlichen Ausfüllhinweise sowie die Auswertungsroutinen wurden vom GKV-Spitzenverband und dem

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

MDS in Abstimmung mit den Medizinischen Diensten unter wissenschaftlicher Beteiligung entwickelt und eingeführt.

Der Fragenkatalog umfasst Fragen:

- zur Zufriedenheit mit der Information über das Begutachtungsverfahren,
- zum Ablauf der Begutachtung,
- zum persönlichen Auftreten des Gutachters,
- zur Beratung durch den Gutachter und
- zu sonstigen Anregungen.

Die Medizinischen Dienste haben jeweils zum 15. April 2015 einen Bericht über die Ergebnisse der Versichertenbefragung und den daraus abgeleiteten Maßnahmen auf ihrer Internetseite veröffentlicht. Diese MD-spezifischen Ergebnisse sind als zusammenfassender Bericht auf der Internetseite des MDS[79] abrufbar.

Wie diesem Bericht zu entnehmen ist, lag die Beteiligung an der Versichertenbefragung im Jahr 2015 bei ca. 38 Prozent. 86 Prozent aller Befragten gaben an, insgesamt „zufrieden“ mit der Pflegebegutachtung durch den MD zu sein, neun Prozent der Befragten waren „teilweise zufrieden“, nur fünf Prozent äußerten sich unzufrieden. Das Auftreten des Gutachters bewerteten dabei ca. 86 bis 88 Prozent der befragten Antragsteller als positiv.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

[79] https://www.mds-ev.de/

3.4.2. Begutachtung durch MEDICPROOF

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und rechtliche Grundlagen

Aufgrund der Verpflichtung der privaten Krankenversicherungsunternehmen, „für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen“ (§ 23 Absatz 6 SGB XI), bilden die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - BRi)“ auch die Grundlage für die Gutachtenerstellung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung (vgl. Kapitel 3.4.1).

Aufgrund einer entsprechenden Regelung in den Versicherungsverträgen wurden nach Mitteilung von MEDICPROOF mit der Feststellung von Eintritt, Umfang und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit bis zum Jahr 2013 ausschließlich Ärzte beauftragt. Darin unterschieden sich die Vorgaben zur Begutachtung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung von denen der sozialen Pflegeversicherung, bei der überwiegend Pflegefachkräfte in das Begutachtungsverfahren eingebunden sind. Allerdings bestand bis dahin in der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Möglichkeit einer ergänzenden pflegefachlichen Stellungnahme, wenn es darum ging, neben den Feststellungen im ärztlichen Gutachten noch relevante pflegerische Sachverhalte zur Qualität der Versorgung aufzuzeigen. Seit dem Jahr 2013 können nun auch Pflegefachkräfte Begutachtungen zur Feststellung von Pflegepflegebedürftigkeit durchführen.

MEDICPROOF arbeitet ausschließlich mit externen, das heißt freiberuflich tätigen Gutachtern. Vor Beginn ihrer freiberuflichen Tätigkeit werden die externen Gutachter von MEDICPROOF entsprechend geschult und in regelmäßigen Abständen zu relevanten Fragen der Begutachtung und der Pflegeversicherung fortgebildet.

Mit Stand vom 31. Dezember 2015 waren nach Angaben von MEDICPROOF bundesweit insgesamt 1.168 externe Gutachter für MEDICPROOF tätig, davon waren 868 Ärzte (74 Prozent) und 300 Pflegefachkräfte (26 Prozent). Im Jahr 2010 waren nur 76 Pflegefachkräfte (10 Prozent der externen Gutachter) für MEDICPROOF als Gutachter tätig gewesen. Im Berichtszeitraum hat sich die Zahl der als Gutachter tätigen Pflegefachkräfte daher nahezu vervierfacht.

Begutachtungsaufkommen

Im Berichtzeitraum ist das Begutachtungsaufkommen bei MEDICPROOF kontinuierlich angestiegen (vgl. Anhang *Tabelle 69*); das gilt sowohl für Begutachtungen von erwachsenen Antragstellern als auch für die Begutachtungen von Kindern[80]. Während im Jahr 2011 105.721 Regelbegutachtungen (Erstgutachten, Wiederholungsgutachten-,Veränderungs- und Zweitgutachten) durchgeführt

[80] Bei MEDICPROOF sind dies Antragsteller bis 14 Jahre.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

worden sind, lag die Anzahl aller bei MEDICPROOF durchgeführten Regelbegutachtungen im Jahr 2015 insgesamt bei 133.483.

Die Zunahme der Anzahl der Regelbegutachtungen kann auf der Grundlage der Angaben von MEDICPROOF vor allem auf eine Zunahme von Antragstellern auf ambulante Leistungen zurückgeführt werden (+30 Prozentpunkte); die Regelbegutachtungen von Antragstellern auf stationäre Leistungen haben lediglich um 14 Prozentpunkte zugenommen.

Den Hauptanteil bei Anträgen auf ambulante Leistungen machen wie auch im vorangegangenen Berichtszeitraum Begutachtungen von Versicherten aus, die erstmalig einen Antrag auf Leistungen ihrer privaten Pflegeversicherung gestellt haben. Bei Anträgen auf stationäre Leistungen stellen die Veränderungsgutachten (Höher- und Rückstufungsgutachten) über den Berichtszeitraum einen Anteil von durchschnittlich ca. 56 Prozent.

Bei Kindern bis 14 Jahren werden im Rahmen von Folgegutachten vorwiegend Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Das liegt daran, dass das zu begutachtende Kind zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen ist. Da gesunde und altersentsprechend entwickelte Kinder im Laufe ihrer Entwicklung einzelne Verrichtungen erlernen, kann sich der zeitliche Hilfebedarf eines pflegebedürftigen Kindes in kurzen Zeiträumen pflegestufenrelevant verändern. Daher ist in der Regel nach zwei Jahren bei Kindern eine Wiederholungsbegutachtung durchzuführen (vgl. Anhang *Tabelle 70*).

Ablauf der Begutachtung

Die Begutachtung durch MEDICPROOF erfolgt grundsätzlich als körperliche Untersuchung im Wohnbereich des Versicherten. 2015 wurden Erstantragsteller auf ambulante Leistungen zu 99 Prozent in ihrer Privatwohnung und Antragsteller auf stationäre Leistungen zu 87 Prozent in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, zu 6 Prozent in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege und zu 7 Prozent im Hospiz begutachtet. Kinder wurden dagegen im gleichen Zeitraum im ambulanten Bereich zu 100 Prozent in der Privatwohnung und bei beantragten stationären Leistungen zu 50 Prozent in einer vollstationären Einrichtung begutachtet (vgl. Anhang, *Tabelle 72*).

Grundsätzlich wird nicht in Krankenhäusern begutachtet, stattdessen werden vorläufige Pflegestufenzuordnungen nach Aktenlage erstellt. Nach dem Krankenhausaufenthalt erfolgt die Begutachtung dann im häuslichen Umfeld. Die Zahl vorläufiger Pflegestufenzuordnungen ist im Berichtszeitraum kontinuierlich gestiegen. Waren es 2011 noch 8.068 Aktenlagegutachten, so ist diese Zahl bis 2015 auf 11.309 gestiegen, das entspricht einem Anteil von fast 9 Prozent an allen durchgeführten Regelbegutachtungen für das Jahr 2015.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Für den Fall, dass der Antragsteller zwischenzeitlich verstirbt, erfolgt die Feststellung von Pflegebedürftigkeit prinzipiell per Aktenlage. MEDICPROOF berichtet, dass im Jahr 2015 insgesamt rd. 2.800 dieser Gutachten erstellt worden sind.

Begutachtungsergebnisse bei Erstbegutachtungen

Im Jahr 2015 lag bei rund 31 Prozent aller durchgeführten ambulanten Erstbegutachtungen laut gutachterlicher Empfehlung keine Pflegebedürftigkeit vor, bei 8 Prozent dieser Erstantragsteller wurde ein Hilfebedarf unterhalb von Pflegestufe I festgestellt und aufgrund einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI eine Empfehlung für die sog. „Pflegestufe 0“ ausgesprochen; bei 69 Prozent der Erstantragsteller wurde mindestens die Pflegestufe I empfohlen.

Bei beantragten stationären Leistungen kamen die Gutachter von MEDICPROOF in 11 Prozent aller Erstbegutachtungen zu dem Ergebnis, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt; der Anteil von Empfehlungen für die sog. „Pflegestufe 0“ lag davon bei ca. 4 Prozent, in 89 Prozent der Erstbegutachtungen wurde mindestens die Pflegestufe I empfohlen.

MEDICPROOF berichtet weiter, dass der Anteil von anerkannten Härtefällen bei Erwachsenen im Jahr 2011 im ambulanten Bereich noch unter 2 Prozent betrug. Im Jahr 2015 lag er bei über 2 Prozent. Im stationären Bereich hingegen lag der Anteil im Jahr 2011 bei 10 Prozent, im Jahr 2015 bei 9 Prozent.

Wie auch im vergangenen Berichtzeitraum zeigt sich, dass der Anteil der erwachsenen Personen, bei denen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, mit zunehmender Pflegestufe höher ausfällt. In der Gruppe der begutachteten Personen, bei denen der Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I liegt, betrug der Anteil an Personen, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (in erheblichen und erhöhtem Maße) festgestellt wurde, rund 26 Prozent[81]. In der Pflegestufe I lag der Anteil der Personen, deren Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, bei 24 Prozent, in der Pflegestufe II bei 30 Prozent und in der Pflegestufe III bei 46 Prozent (vgl.

[81] Hierin sind auch diejenigen Erstantragsteller enthalten, die laut gutachterlicher Feststellung nicht pflegebedürftig sind.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 38).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 38. Ergebnisse der gutachterlichen Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz differenziert nach Pflegestufenempfehlung bei Erstbegutachtungen für das Jahr 2015, Angaben in Prozent

Pflegestufen-empfehlung	Beantragte ambulante Leistungen		
	nicht eingeschränkt	erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz
sog. „Pflegestufe 0“[82]	73,9	21,6	4,5
Pflegestufe I	75,6	14,8	9,6
Pflegestufe II	69,8	16,0	14,2
Pflegestufe III	54,2	23,4	22,4
insgesamt	73,6	17,3	9,1

Quelle: MEDICPROOF

Wie *Tabelle* 39 zu entnehmen ist, fiel bei Antragstellern auf stationäre Leistungen der Anteil der Personen, bei denen die Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt war, mit insgesamt 47 Prozent noch höher als im ambulanten Bereich aus. Aber auch hier steigt mit zunehmenden verrichtungsbezogenen Hilfebedarf auch die Wahrscheinlichkeit, dass eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt.

Tabelle 39. Ergebnisse der gutachterlichen Feststellung gemäß § 45a SGB XI differenziert nach Pflegestufenempfehlung bei Erstbegutachtungen für das Jahr 2015, Angaben in Prozent

Pflegestufen-empfehlung	beantragte stationäre Leistungen	
	nicht eingeschränkt	erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz
sog. „Pflegestufe 0“[83]	69,6	30,3
Pflegestufe I	58,2	41,7
Pflegestufe II	45,4	54,6
Pflegestufe III	29,0	71,0
insgesamt	**52,6**	**47,4**

Begutachtungsergebnisse bei Folge- und Zweitbegutachtungen

Im Berichtzeitraum wurden insgesamt 225.021 Veränderungsbegutachtungen (Höherstufungs- und Rückstufungsbegutachtungen) durchgeführt; 2015 waren das 32.546 Veränderungsbegutachtungen bei erwachsenen Antragstellern auf ambulante Leistungen. Bei 22.092 dieser Begutachtungen wurde eine höhere Pflegestufe empfohlen (68 Prozent); bei 10.244 wurde das Ergebnis der Vorbegutachtung bestätigt (32 Prozent). Bei Kindern wurden 2015 341 Veränderungsbegutachtungen

[82] Hierin sind auch diejenigen Erstantragsteller enthalten, die laut gutachterlicher Feststellung nicht pflegebedürftig waren.
[83] Hierin sind auch diejenigen Erstantragsteller enthalten, die laut gutachterlicher Feststellung nicht pflegebedürftig waren.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

durchgeführt. Bei 226 Begutachtungen wurde eine höhere Pflegestufe empfohlen (66 Prozent); bei 114 wurde das Ergebnis der Vorbegutachtung bestätigt (33 Prozent).

Für die Jahre 2011 bis 2015 wurden insgesamt 93.705 Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Dabei zeigt sich für das Jahr 2015 im ambulanten Bereich, dass das Ergebnis der Vorgutachten in 75 Prozent der Fälle (jeweils bei Erwachsenen und Kindern) bestätigt wurde, es gab also keine Änderung der Pflegestufe. Im stationären Bereich wurde das Ergebnis des Vorgutachtens bei Erwachsenen in 73 Prozent der Fälle, bei Kindern in 76 Prozent der Fälle bestätigt.

Widerspruchsgutachten werden in der privaten Pflege-Pflichtversicherung als Zweitgutachten bezeichnet, weil es dort kein Widerspruchsverfahren gibt. Stattdessen wird von den Versicherungsunternehmen auf freiwilliger Basis ein Zweitgutachten in Auftrag gegeben, wenn der Versicherte sich gegen das Gutachten wendet. Ansonsten bestünde für den Versicherten nur die Möglichkeit des Klageweges.

In den Jahren 2011 bis 2015 wurden insgesamt 26.966 Zweitgutachten im Sinne von Widerspruchsbegutachtungen durchgeführt. Eine Differenzierung nach der gutachterlichen Empfehlung der Zweitgutachten, ob z. B. das Ergebnis des Vorgutachtens bestätigt wird oder ob aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung des Hilfebedarfs eine andere Pflegestufe empfohlen wurde, ist nach MEDICPROOF erst seit dem Jahr 2012 zuverlässig möglich. Es zeigt sich, dass im Jahr 2015 bei Erwachsenen in 47 Prozent und bei Kindern in 42 Prozent der Zweitgutachten das Ergebnis des Vorgutachtens bestätigt wird. In den übrigen Fällen wurde bei Erwachsenen entweder aufgrund einer bereits bei der Vorbegutachtung bestehenden gesundheitlichen Änderung (35 Prozent der Fälle; bei Kindern: 50 Prozent) oder aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen gesundheitlichen Änderung (17 Prozent der Fälle; bei Kindern: 7 Prozent) eine andere Pflegestufe empfohlen. Im stationären Bereich wurde bei Erwachsenen (Zweitgutachten für Kinder wurden in 2015 nicht erstellt) nur in 30 Prozent der Fälle das Ergebnis des Vorgutachtens bestätigt. In 49 Prozent der Fälle wurde aufgrund einer bereits bei der Vorbegutachtung bestehenden gesundheitlichen Änderung und in 20 Prozent der Fälle aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen gesundheitlichen Änderung eine andere Pflegestufe als im Vorgutachten empfohlen.

Sonstige gutachterliche Empfehlungen

In dem Zeitraum von 2011 bis 2015 wurden insgesamt 192.483 sonstige gutachterliche Empfehlungen bei Regelbegutachtungen ausgesprochen. Diese können nach Angaben von MEDICPROOF jedoch nur für die Jahre 2014 und 2015 ausgewertet werden. Im Jahr 2015 wurden 66.640 Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung und 20.062 Empfehlungen zu technischen Hilfen und baulichen Maßnahmen ausgesprochen.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Heilmittel sind innerhalb der Privaten Krankenversicherung Bestandteil der Leistungen der Krankenversicherung, nicht der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Die Verträge in der privaten Krankenversicherung haben einen unterschiedlichen Leistungsumfang. Da die Gutachter den individuellen Versicherungsschutz nicht kennen, werden im Rahmen der Pflegebegutachtung keine Heilmittelempfehlungen ausgesprochen.

Bearbeitungszeiten

Von allen Regelbegutachtungen mit 5-Wochen-Frist erledigte MEDICPROOF 2015 nach eigenen Angaben 93 Prozent der Anträge auf ambulante Leistungen sowie 96 Prozent der Anträge auf stationäre Leistungen innerhalb von drei Wochen. Als durchschnittliche Erledigungsdauer im Jahr 2015 werden 12,6 Tage angegeben (vgl. *Tabelle 40*). Dabei werden jeweils die Zeiten, in denen MEDICPROOF die Verzögerung der Bearbeitung nicht zu vertreten hatte, nicht berücksichtigt.

Tabelle 40: Anzahl und Anteil der Regelbegutachtungen mit 5-Wochen-Frist bei MEDICPROOF, bei denen MEDICPROOF die Verzögerung nicht zu vertreten hatte, differenziert nach Erledigungsdauer und beantragter Leistungsart (ambulant und stationär) - 2014/2015

	01.07.2014-31.12.2014				01.01.2015-31.12.2015			
	ambulant		stationär		ambulant		stationär	
	absolut	Anteil (%)	absolut	Anteil (%)	absolut	Anteil (%)	absolut	Anteil (%)
bis 3 Wochen	32.358	90	4.293	96	73.522	93	10.295	96
über 3-4 Wochen	2.715	8	161	4	4.340	5	368	3
über 4-5 Wochen	450	1	25	1	745	1	49	0
über 5-8 Wochen	244	1	15	0	423	1	26	0
über 8 Wochen	42	0	1	0	47	0	7	0
Gesamt	**35.809**	**100**	**4.495**	**100**	**79.077**	**100**	**10.745**	**100**
Durchschnittliche Bearbeitungs-dauer in Tagen Mit 5-Wochen-Frist in Tagen	**13,4**				**12,6**			

Quelle: MEDICPROOF

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Qualitätsprüfung von Pflegegutachten innerhalb von MEDICPROOF

Qualitätssicherung

MEDICPROOF berichtet, dass neben den durch die Bearbeitungssoftware vorhandenen Plausibilitätsprüfungen eine Sichtung aller zurückkommenden Gutachten durch die Mitarbeiter der Auftragsabwicklung erfolgt. In diesen Arbeitsschritten werden anhand eines internen Kriterienkatalogs bestimmte gutachterliche Aussagen identifiziert und einer zusätzlichen Plausibilitätsprüfung durch hauptamtlich tätige Ärzte und Pflegefachkräfte unterzogen. Darüber hinaus wird täglich eine Stichprobe von mindestens einem Prozent der eingegangenen Gutachten einer standardisierten Qualitätskontrolle unterzogen. Ebenso werden alle Gutachten von neu hinzugekommenen freien Mitarbeitern sowie die Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern, alle Gutachten mit der Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwands („Härtefälle“) und Gutachten mit besonderen Empfehlungen zur Pflegehilfsmittelversorgung und für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen systematisch geprüft.

Bei Plausibilitätsmängeln werden die Gutachten zur Überarbeitung an die freien Mitarbeiter zurückgeschickt. Auf Schwachstellen, die sich nicht auf das Begutachtungsergebnis auswirken, werden die Gutachter schriftlich hingewiesen. Generell auffallende Schwierigkeiten in der Begutachtung gehen in den internen Kriterienkatalog bei der Eingangskontrolle ein und werden zum Anlass für die Überarbeitung von Schulungskonzepten genommen.

Eine differenzierte Datenauswertung ist erst seit Anfang 2012 möglich. In den Jahren 2012-2015 unterlagen insgesamt 103.313 ambulante und stationäre Gutachten (Erwachsene und Kinder) der Qualitätssicherung. Der Anteil im Verhältnis zu erledigten Gutachten betrug für das Jahr 2012 bei Erwachsengutachten 15 Prozent und im Jahr 2015 20 Prozent.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.5. Hilfe zur Pflege

Sofern im Einzelfall die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den notwendigen Bedarf zu decken oder die Pflegeversicherung nicht oder noch nicht leistet, weil die Leistungsvoraussetzungen nicht gegeben sind, können Leistungen der Hilfe zur Pflege aus der Sozialhilfe oder dem Bundesversorgungsgesetz in Anspruch genommen werden. Leistungen der Hilfe zur Pflege aus der Sozialhilfe können in Anspruch genommen werden, wenn die pflegebedürftige Person oder ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht über genügend Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten für einen notwendigen und angemessenen Pflegebedarf zu tragen.

Im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum hat der Bedarf an Hilfe zur Pflege (außerhalb und innerhalb von Einrichtungen) zugenommen (vgl. Anhang, *Tabelle 83 undTabelle* 84). Zwischen 2011 bis 2014 zeigte sich ein Anstieg von rd. 330.000 auf rd. 350.000 Empfänger und damit um knapp 6 Prozent. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Leistungsempfänger von SPV und PPV zusammen von 2,46 Mio. auf 2,74 Mio. gestiegen, sie nahm damit um 11,4 Prozent zu. Dies hat dazu geführt, dass der Anteil der auf Hilfe zur Pflege Angewiesenen an allen Pflegebedürftigen zuletzt leicht rückläufig war. Insgesamt belief sich dieser Wert zuletzt auf ca. 13 Prozent; er ist allerdings ungleich zwischen ambulantem und stationärem Sektor verteilt: Im Jahr 2014 bezogen rd. 99.000 zu Hause lebende Pflegebedürftige bzw. 5,1 Prozent dieser Pflegebedürftigen Hilfe zur Pflege. Im stationären Bereich ist der Anteil der auf Hilfe zur Pflege Angewiesenen hingegen höher: 2014 waren dies rd. 253.000 Personen oder rd. 31,7 Prozent dieser Pflegebedürftigen.

Wie die Ausgaben der Pflegeversicherung sind auch die Aufwendungen für die Hilfe zur Pflege in den letzten Jahren aufgrund der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen angestiegen. Während in der Hilfe zur Pflege im Jahr 2011 brutto noch rd. 3,6 Mrd. Euro ausgegeben wurden, wendeten die Sozialhilfeträger dafür im Jahr 2014 rd. 4 Mrd. Euro auf. Die tatsächliche Belastung der Sozialhilfe mit Pflegekosten ist jedoch geringer: Nach Anrechnung von Einkommen der Betroffenen oder ihrer Angehörigen beliefen sich die tatsächlichen Nettokosten der Sozialhilfeträger nur auf 3,5 Mrd. Euro. Der Anstieg bei den Ausgaben der Hilfe zur Pflege vollzog sich zudem langsamer als der Anstieg der Ausgaben der Pflegeversicherung: Während dort die Leistungsausgaben von 21,6 Mrd. Euro auf 25,1 Mrd. Euro und damit um 16,2 Prozent gestiegen sind, belief sich der Anstieg der Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege zwischen 2011 und 2014 nur auf 12 Prozent.

Vor Einführung der Pflegeversicherung mussten die Sozialhilfeträger für die Hilfe zur Pflege rd. 9 Mrd. Euro pro Jahr aufwenden. Die Zahlen zeigen also, dass die Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung weiterhin Jahr für Jahr erheblich finanziell entlastet wird.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.6. Pflegeinfrastruktur

Die Pflegeversicherung hat nach ihrer Einführung zu einem erheblichen Ausbau der Pflegeangebote beigetragen. So hat die Zahl der Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen seit 1999 – dem ersten Jahr der Pflegestatistik – kontinuierlich zugenommen (vgl. *Tabelle 41*).

Tabelle 41: Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI: nach Anzahl und Art der Leistung

	ambulante Pflegeeinrichtungen	stationäre Pflegeeinrichtungen	und zwar nach Art der Leistung*		
			vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege
1999	10.820	8.859	8.073	1.621	1.487
2001	10.594	9.165	8.331	1.436	1.570
2003	10.619	9.743	8.775	1.603	1.720
2005	10.977	10.424	9.414	1.529	1.779
2007	11.529	11.029	9.919	1.557	1.984
2009	12.026	11.634	10.384	1.588	2.277
2011	12.349	12.354	10.706	1.673	2.767
2013	12.745	13.030	10.949	1.671	3.302

***** Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten sind hier mehrfach berücksichtigt

Quelle: Statistisches Bundesamt

Offizielle Zahlen zu den zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI für die Jahre 2014 und 2015 liegen dem Statistischen Bundesamt erst Ende des Jahres 2016 vor. Hinweise auf die aktuelle Entwicklung gibt aber die Anzahl der vorliegenden Vergütungsvereinbarungen. Diese werden nur mit Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag gem. § 72 SGB XI geschlossen. Hier wird auch für die Jahre 2014 und 2015 eine Zunahme sichtbar (vgl. Anhang, *Tabelle 86*-*Tabelle* 88). Auf dieser Grundlage ist anzunehmen, dass auch die Zahl der Einrichtungen weiter zugenommen hat.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.6.1. Ambulante Pflegedienste

Im Dezember 2013 gab es laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes[84] 12.745 ambulante Pflegedienste. Das waren 3,2 Prozent mehr als 2011. Ca. 64 Prozent der Dienste waren dabei in privater Trägerschaft, 34,7 Prozent hatten einen freigemeinnützigen Träger, und lediglich 1,4 Prozent befanden sich unter öffentlicher Trägerschaft. 97 Prozent aller ambulanten Pflegedienste erbringen neben den Leistungen des SGB XI auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V. Im Durchschnitt entfielen 48 pflegebedürftige Personen auf einen Pflegedienst. Informationen zu den Beschäftigten bei ambulanten Pflegediensten finden sich im Kapitel 3.10.1.

3.6.2. Pflegeheime

Gemäß Pflegestatistik gab es im Jahr 2013 13.030 Pflegeheime in Deutschland. Das waren 5,5 Prozent mehr als im Jahr 2011. Etwa 11.000 davon waren Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege. Dies sind rund 2,3 Prozent mehr als im Jahr 2011. Von den insgesamt 903.000 Plätzen entfielen 859.000, also rd. 95 Prozent, auf die vollstationäre Dauerpflege.

41 Prozent der Einrichtungen befanden sich in privater Trägerschaft, 54 Prozent hatten einen freigemeinnützigen Träger und lediglich 4,7 Prozent befanden sich in öffentlicher Trägerschaft. Der Anteil der öffentlichen Träger ist damit zwischen 2011 und 2013 weiter um 0,4 Prozentpunkte gesunken. Im Durchschnitt werden 63 Pflegebedürftige pro Pflegeheim betreut. Informationen zu den Beschäftigten bei stationären Pflegeeinrichtungen finden sich im Kapitel 3.10.1.

3.6.3. Teilstationäre Angebote

Die Zahl der Einrichtungen, die auch bzw. ausschließlich Tages- und/oder Nachtpflege anbieten, belief sich 2013 der Pflegestatistik zufolge auf ca. 3.400. Gegenüber 2011 waren dies rd. 500 mehr Einrichtungen, was einem Anstieg von rd. 30 Prozent entspricht. Die Zahl der zugelassenen Plätze für Tages- und/oder Nachtpflege stieg im gleichen Zeitraum um rd. 18 Prozent: im Jahr 2011 gab es ca. 34.000 Plätze, im Jahr 2013 bereits rd. 44.000. Die Zahl der Plätze für die Tagespflege nahm im gleichen Zeitraum um 29,8 Prozent zu. Dies entspricht dem Anstieg der teilstationär versorgten Pflegebedürftigen im gleichen Zeitraum um ca. 35 Prozent (+15.000). Die Auslastung der verfügbaren Plätze lag 2013 in der Tagespflege bei 131 Prozent. Erfasst wurden die versorgten Pflegebedürftigen, mit denen am 15. Dezember 2013 ein Vertrag bestand. Grund für diese deutlich über 100 Prozent liegende Auslastung ist, dass Pflegebedürftige die Tagespflege oft nur an einigen Tagen in der Woche nutzen. Gesonderte Angaben zu Trägerstruktur und Beschäftigtenzahl sind für

[84] http://tinyurl.com/Pflegestatistik-2013

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

die Tagespflege nicht möglich. Diese Angaben sind in den Ausführungen zu den Pflegeheimen enthalten. Die Zahl der Vergütungsvereinbarungen (vgl. Anhang, *Tabelle 86*) zeigt eine Zunahme im Jahr 2015 gegenüber dem Jahr 2013 um 571 auf insgesamt 3.954 Vereinbarungen (+ 17 Prozent). Damit zeigt sich bereits im ersten Jahr nach der Ausweitung der gesetzlichen Leistungsansprüche für die Tages- und Nachtpflege auch eine deutliche Zunahme von entsprechenden Angeboten (vgl. Kapitel 2.4)

3.6.4. Kurzzeitpflege(plätze)

2013 wurden in der Pflegestatistik 1.671 Einrichtungen der Kurzzeitpflege verzeichnet. Dabei ist zu beachten, dass in den meisten Verträgen mit Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege auch die Option der flexiblen Einstreuung von Kurzzeitpflegeplätzen enthalten ist. Eben diese Handhabung macht eine Feststellung der Gesamtzahl der Kurzzeitpflegeplätze eher schwierig; valide Zahlen liegen nur für solitäre Einrichtungen vor: In 2015 wurden laut Verband der Ersatzkassen (vdek) bundesweit 7.215 Plätze für die Kurzzeitpflege in Solitäreinrichtungen verzeichnet.

Entsprechend der Meldungen der Landesverbände der Pflegekassen hat die Anzahl der Versorgungsverträge mit solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen abgenommen (2011: 597, 2015: 554). Hingegen haben die Versorgungsverträge mit vollstationären Einrichtungen mit eingestreuten Betten bzw. einer angeschlossenen Kurzzeitpflege-Abteilung seit 2013 zugenommen. Die gesonderte Erfassung dieser Verträge erfolgt erst seit 2013 (2013: 8.147, 2015: 8.416). Hervorzuheben sind dabei die Bundesländer Sachsen und Berlin, die fast ausschließlich Versorgungsverträge mit solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen abgeschlossen haben, während in Hamburg und Schleswig-Holstein der umgekehrte Fall vorliegt: dort wird die Kurzzeitpflege fast ausschließlich durch eingestreute Betten und angeschlossene Abteilungen organisiert (vgl. Anhang *Tabelle 86*-Tabelle 88).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.6.5. Ambulant betreute Wohngruppen

Ambulant betreute Wohnformen und Senioren-Wohngemeinschaften spielen eine immer größere Rolle. So können beispielsweise mehrere Bewohner einer Wohngemeinschaft Leistungen von ambulanten Pflegediensten oder von Einzelpflegekräften für Pflege oder Betreuung gemeinsam in Anspruch nehmen.

Laut Pflegestatistik waren Ende 2013 etwa zehn Prozent der ambulanten Pflegedienste organisatorisch an eine Wohneinrichtung (Altenheime, Altenwohnheime sowie Betreutes Wohnen) angeschlossen; 2011 waren es etwa 9,3 Prozent. Mehr Informationen hierzu liegen nicht vor. Insofern sind Aussagen über die generelle Entwicklung der betreuten Wohngruppen nicht möglich. Im Zeitverlauf sind allerdings die Ausgaben für den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI deutlich angestiegen(vgl. Kapitel 2.4.3, *Tabelle 13*). Im Vergleich zum Einführungsjahr 2013 ergab sich in 2014 ein Anstieg um 47 Prozent; von 2014 auf 2015 betrug der Anstieg 20 Prozent. Absolut betrugen die Ausgaben im Jahr 2015 rd. 40 Mio. Euro. Dies entspricht rechnerisch einer Inanspruchnahme von rd. 17.000 Personen.

3.6.6. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote

Die Ausgaben für niedrigschwellige Betreuungs- bzw. seit 2015 auch Entlastungsangebote (§§ 45b, 45c SGB XI) sind im Berichtszeitraum angestiegen: Von 2011 auf 2015 haben sie sich mehr als verdoppelt. Dabei war der größte Zuwachs im Jahr 2015 zu verzeichnen: Gegenüber dem Vorjahr sind die Ausgaben für niedrigschwellige Angebote um etwa 43 Prozent gestiegen (vgl. *Tabelle* 42).

Tabelle 42: Jährliche Ausgaben für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen (in Mio. Euro) 2011-2015

	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015***
jährliche Ausgaben für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen (in Mio. Euro)	332,8	379,8	437,5	478,1	685,0

*seit 2015 sind auch niedrigschwellige Entlastungsangebote gesetzlich möglich

Quelle: BMG

Die Anerkennung der Angebote erfolgt nach Maßgabe der jeweiligen Landesverordnung. Die Anbieter für Betreuungs- und Entlastungsleistungen sind dabei sehr vielfältig: Wohlfahrtsverbände, Vereine, Nachbarschaftshilfen, Kommunen, Mehrgenerationenhäuser, ambulante Pflegedienste,

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Angehörigengruppen, familienentlastende Dienste und Einzelpersonen. In der Studie „Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten niedrigschwelliger Betreuungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung“ wurden bundesweit rd. 8.000 niedrigschwellige Betreuungsangebote ermittelt.

In vier Bundesländern wurden bis Redaktionsschluss dieses Berichts Anträge auf Anerkennung als niedrigschwelliges Entlastungsangebot im Sinne des§ 45c Abs. 3a SGB XI genehmigt. Zu beachten ist, dass oftmals noch keine entsprechenden Landesverordnungen zur Umsetzung der bundesgesetzlichen Regelungen vorliegen bzw. diese Verordnungen erst Anfang 2017 in Kraft treten sollen. Übergangsweise gilt bis zu diesem Zeitpunkt zumeist, dass ein Träger eines anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebotes ebenfalls Entlastungsleistungen anbieten darf.

3.6.7. Pflegeberatung/Pflegestützpunkte

Pflegebedürftige und ihre Familien sind auf ein auf ihre spezifische Situation passendes Hilfe- und Pflegesetting angewiesen. Hierfür benötigen sie eine qualifizierte Beratung über die ihnen zustehenden Leistungsansprüche, die Angebote vor Ort sowie die für sie am besten geeignete Leistungskombination. Hierfür steht ihnen die Pflegeberatung nach den §§ 7, 7a SGB XI zur Verfügung, die zumeist von den Pflegekassen geleistet wird. Zudem bieten die seit 2008 gesetzlich eingeführten Pflegestützpunkte (PSP) Hilfesuchenden Beratung und Unterstützung. Sie vermitteln und koordinieren auch pflegerische, medizinische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote.

In den PSP sind meist auch Pflegeberater der Pflegekassen tätig. Parallel sind auch die Pflegekassen verpflichtet, ihren pflegebedürftigen Versicherten sowie auf deren Wunsch auch pflegenden Angehörigen und nahestehenden Personen eine individuelle Pflegeberatung anzubieten. Die Pflegeberatung darf jeweils nur durch Pflegeberater mit entsprechender Qualifikation durchgeführt werden.

Der Beratungsdienst der privaten Pflegeversicherung, compass private pflegeberatung GmbH (compass), hat im Jahr 2015 117.000 telefonische Pflegeberatungen durchgeführt. Die vorliegenden Zahlen zur von den gesetzlichen Pflegekassen durchgeführten Pflegeberatung nach § 7a SGB XI lassen sich *Tabelle 43* entnehmen. Folgt man den dort berichteten Angaben, fiele die Zahl der Beratungen vergleichsweise niedrig aus und hätte über die Jahre auch noch abgenommen. Dies ist aber aufgrund des Anstiegs der Ausgaben für die Beratung (s. u.) nicht plausibel. Die rechnerische Abnahme ist vermutlich auf eine verstärkte Inanspruchnahme externer Beratungsange-

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

bote durch Betriebs- und Innungskrankenkassen zurückzuführen. So stellen die Betriebskrankenkassen vielfach Beratungsgutscheine nach § 7b SGB XI aus (2015: ca. 3.500), die in der Statistik in *Tabelle* 43 nicht berücksichtigt sind. Gleiches gilt für die Beratung, die in den PSP stattfindet (vgl. Anhang, *Tabelle 92*).

Tabelle 43: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen aller gesetzlichen Pflegekassen 2011-2015

	Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen in Pflegekassen				
Jahr	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Pflegeberatungen der Pflegekassen*	129.544	102.809	98.118	97.563	78.130

*Rückmeldungen der Ersatzkassen, AOK, BKK, IKK, KBS und LKK; in den Jahren 2011/2012 keine Angaben der KBS

Quelle: GKV-Spitzenverband

Die Ausgaben für die Pflegeberatung bei den Pflegekassen sind im Berichtszeitraum von 67,7 Mio. Euro auf ca. 85,5 Mio. Euro pro Jahr angestiegen. Dies entspricht einem Anstieg von 26,3 Prozent. Angaben zu den bei den Kassen beschäftigten Pflegeberater konnten lediglich für die Jahre 2011-2013 gemacht werden. Im Jahr 2013 wurden von den Pflegekassen demnach 941 Pflegeberater (in Vollzeitäquivalenten) beschäftigt. Die Ersatzkassen sowie die Betriebskrankenkassen beschäftigen zusätzlich noch 84 externe Pflegeberater (vgl. Anhang, *Tabelle 94*).

Bei compass sind im Berichtszeitraum die Ausgaben für die Pflegeberatung um ca. 18 Prozent gestiegen (von 14 Mio. Euro auf ca. 16,5 Mio. Euro). Im Jahr 2013 beschäftigte compass 224 Pflegeberater (in Vollzeitäquivalenten) (vgl. Anhang, *Tabelle 93 und* Tabelle 95).

Insgesamt gab es Ende 2015 in 14 Bundesländern 416 PSP. Nur in zwei Bundesländern (Sachsen und Sachsen-Anhalt) gab es zum Stichtag 31. Dezember 2015 keine PSP. Die meisten befinden sich in einer Trägerschaft aus Kommune/Landkreis und Kranken-/Pflegekassen. Compass ist an keinem PSP beteiligt (vgl. *Tabelle 44*).

Bei der Anzahl der Beratungskräfte (Vollzeitäquivalente), die insgesamt pro Bundesland in den PSP tätig sind, reicht die Spannbreite von 6 bis 190 Beschäftigten. Im Durchschnitt gibt es pro PSP etwa zwei Vollzeitstellen. Die Qualifikation der Beratungskräfte in den PSP kann nicht gesichert dargestellt werden. Die vorliegenden Rückmeldungen geben aber Hinweise darauf, dass dort vornehmlich Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte sowie Sozialarbeiter arbeiten. Auch zur Frage nach Kooperationsvereinbarungen mit weiteren Netzwerkpartnern konnten die Länder kaum Informationen liefern.

Tabelle 44: Pflegestützpunkte - Anzahl und Trägerstrukturen in den Bundesländern (Stand: 31.12.2015)

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Land	Pflegestützpunkte (PSP) nach Trägerstrukturen							Anzahl (Vollzeitäquivalente) der Beratungskräfte
	Anzahl insgesamt	Kranken- und Pflegekassen	Kommune/ Landkreis	Kommune/ Landkreis + Kranken- / Pflegekassen	Kommune/ Landkreis + Kranken- / Pflegekassen + Leistungsträger	Kommune/ Landkreis + Kranken- / Pflegekassen + Land	sonstige Trägerschaftenn	
BW	51	51						82,14[1]
BY	9			9				-[2]
BE	31					31		77,39
BB	19			19				-[2]
HB	3			3				6
HH	9			9				26
HE	24			24				48
MV	14			14				29
NI	42			42				-[2]
NW	553	37	16	2				-[2]
RP	135					135		190
SL	8					8		32,83
SN	0	keine PSP						
ST	0	keine PSP						
SH	13			13				23,5
TH	3			3				2,75

[1] Diese Zahl bezieht sich auf 48 PSP (Stand Evaluationsbericht 2012).

[2] Zu dieser Frage liegen keine Angaben vor.

[3] Stand 31. Mai 2012

Quelle: Länderbefragung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.6.8. Gesamtversorgungsverträge

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden ab Juli 2008 die Voraussetzungen dafür eröffnet, dass mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 u. 2 SGB XI) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, einen einheitlichen Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) schließen können.
Nach der Gesetzesbegründung zur Änderung des § 72 Abs. 1 SGB XI sollen die Parteien der Versorgungsverträge durch diese Regelung von unnötigem Verwaltungsaufwand entlastet werden. An der grundlegenden Voraussetzung, dass jede Organisationseinheit selbständig wirtschaftet, wurde nichts geändert. Vielmehr genügt es, dass alle Teile der Verbundeinrichtung (und damit der Gesamteinrichtung) unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft (Pflegedienstleistung) stehen. Soweit es zu einem Personalaustausch zwischen den verschiedenen selbständig wirtschaftenden Einrichtungen innerhalb der Verbundeinrichtung kommt, bedarf es – neben der damit korrespondierenden Vereinbarung nach § 84 Abs. 5 SGB XI – einer klaren rechnungsmäßigen Abgrenzung der Kosten des Personaleinsatzes.

Die Entwicklung der Gesamtversorgungsverträge (GVV) im Berichtszeitraum verlief zurückhaltend. Lediglich in Baden-Württemberg und Bayern, wo in 2015 ca. 150 bzw. ca. 40 Gesamtversorgungsverträge abgeschlossen wurden, sowie in Sachsen, wo kontinuierlich über den Berichtszeitraum hinweg die Zahl der Verträge zugenommen hat (2015: 20 GVV), finden diese Verträge spürbar Anwendung. In allen übrigen Bundesländern wird das Instrument noch wenig genutzt (vgl. Anhang, *Tabelle 96*).

Am 17. November 2015 hat der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, in Berlin ein Werkstattgespräch mit Experten aus Pflegeeinrichtungen und von Leistungsträgern u. a. zu dieser Thematik geführt. Dabei wurde das Vertragsinstrument des Gesamtversorgungsvertrages diskutiert, um zu mehr Vollzeitbeschäftigung in der Pflege beizutragen (vgl. Kapitel 2.3.1).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.7. Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff SGB XI

Im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen werden alle Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste gemäß § 114 SGB XI regelmäßig einmal im Jahr vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MD), vom Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (Prüfdienst der PKV) oder von einem beauftragten Sachverständigen geprüft (Regelprüfung). Im Rahmen der Regelprüfung ist zu überprüfen, ob die Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI sowie die darauf fußenden vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind.

Grundsätzlich werden alle Regelprüfungen in Pflegeheimen unangemeldet durchgeführt. Regelprüfungen in ambulanten Pflegediensten werden am Tag zuvor angekündigt. Bei konkreten Anhaltspunkten für eine mangelnde Qualität in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen, die sich zum Beispiel infolge von Beschwerden und Hinweisen von Pflegebedürftigen und Angehörigen an die Pflegekasse ergeben haben, kann die Pflegekasse den MD oder den Prüfdienst der PKV beauftragen, unangemeldete Anlassprüfungen durchzuführen. 2015 haben die MD 516 Anlassprüfungen durchgeführt, der Prüfdienst der PKV 67 Anlassprüfungen. Das entspricht für beide Prüfinstitutionen einem Anteil von 2,0 Prozent an allen durchgeführten Qualitätsprüfungen (vgl. *Tabelle 45 und*

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 46).

Werden in einer Regel- oder Anlassprüfung Qualitätsmängel festgestellt, können die Landesverbände der Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung beauftragen. Eine Wiederholungsprüfung kann auch auf Antrag der Pflegeeinrichtungen veranlasst werden. Der Anteil der Wiederholungsprüfungen fällt verhältnismäßig gering aus; für das Jahr 2015 liegt dieser bei 1,4 Prozent für die MD und bei 0,8 Prozent für den Prüfdienst der PKV (vgl. *Tabelle 45 und*

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 46).

Tabelle 45: Anzahl der durchgeführten Pflegequalitätsprüfungen (§ 114 SGB XI) beim MDK 2011-2015

Durchgeführte Pflegequalitätsprüfungen - MD							
Jahr	Anzahl Gesamt	davon nach Prüfart			davon in Prozent nach Prüfart		
		Regelprüfungen	Anlassprüfungen	Wiederholungsprüfungen	Regelprüfungen	Anlassprüfungen	Wiederholungsprüfungen
2011	22.619	21.727	501	391	96,1	2,2	1,7
2012	22.933	22.039	491	403	96,1	2,1	1,8
2013	22.604	21.659	577	368	95,8	2,6	1,6
2014	23.861	22.987	564	310	96,3	2,4	1,3
2015	25.390	24.531	516	343	96,6	2,0	1,4

Quelle: Begutachtungsstatistik MDS

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 46: Anzahl der durchgeführten Pflegequalitätsprüfungen (§ 114 SGB XI) Prüfdienst der PKV 2011-2015

Durchgeführte Pflegequalitätsprüfungen - Prüfdienst der PKV							
Jahr	Anzahl Gesamt	davon nach Prüfart			davon in Prozent nach Prüfart		
		Regelprüfungen	Anlassprüfungen	Wiederholungsprüfungen	Regelprüfungen	Anlassprüfungen	Wiederholungsprüfungen
2011	591	587	4	0	99,3	0,7	0,0
2012	2324	2274	41	9	97,8	1,8	0,4
2013	2428	2338	68	22	96,3	2,8	0,9
2014	2600	2504	78	18	96,3	3,0	0,7
2015	2850	2760	67	23	96,8	2,35	0,8

Quelle: MEDICPROOF

Verbindliche und maßgebliche Handlungsgrundlage für die Prüfer der MD sind die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes (QPR) sowie die Transparenzvereinbarungen für die ambulante und die stationäre Pflege (PTVA, PTVS) (vgl. Kapitel 2.8).

Im Vordergrund der Qualitätsprüfung von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten steht die Ergebnisqualität. Das bedeutet: Die Prüfer des MD und des Prüfdienstes der PKV bewerten neben der Pflegedokumentation schwerpunktmäßig den Pflegezustand der Menschen und schauen sich genau an, ob und wie die eingeleiteten pflegerischen Maßnahmen wirken und ob Hinweise auf Pflegedefizite vorliegen. Es wird außerdem die Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen mit der Versorgung in der Pflegeeinrichtung erfragt.

MD und Prüfdienst der PKV bewerten jedoch nicht nur die Qualität. Sie haben auch die Aufgabe, Einrichtungen in Qualitätsfragen zu beraten und Empfehlungen abzugeben, wie Qualitätsmängeln vorzubeugen ist.

Alle drei Jahre, zuletzt im Jahr 2015, fasst der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der MD und des PKV-Prüfdienstes zusammen und veröffentlicht einen ausführlichen Bericht zur Entwicklung der Pflegequalität bei häuslicher Pflege und in Pflegeheimen[85].

[85] Der 4. Pflege-Qualitätsbericht ist unter: www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/mds-pflege-qualitaets-berichte.html abrufbar.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Die Ergebnisse der Berichterstattung sind repräsentativ für die Pflege in Deutschland und zeigen für das Jahr 2013, dass sich die Versorgungsqualität in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten verbessert hat. Beispiel Dekubitusprophylaxe: Während im dritten Qualitätsbericht des MDS (Berichtsjahre 2009 und 2010) nur bei 59,3 Prozent der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen die erforderlichen Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe durchgeführt worden sind, lag dieser Anteil im Jahr 2013 immerhin bei 75,6 Prozent.

Es gibt jedoch auch Optimierungspotential, etwa beim Schmerz- und Medikamentenmanagement. So war 2013 bei 13,8 Prozent der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen der Umgang mit Medikamenten nicht sachgerecht, weil z. B. falsche Medikamente gerichtet worden sind.

3.7.1. Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen

Am 24. Juli 2013 traten die Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen (Qualitätssicherungs-Richtlinien Qualitätsprüfung - QS-Ri QP) in Kraft. Ziel dieser Richtlinien ist, eine bundesweit einheitliche Prüfpraxis der Medizinischen Dienste zu gewährleisten.

Hierfür wurde unter Einbezug von wissenschaftlicher und methodischer Expertise aus unterschiedlichen Fachdisziplinen ein umfassendes Qualitätssicherungsverfahren entwickelt. Der Prüfdienst der PKV ist seit 2014 an dem Qualitätssicherungsverfahren beteiligt. Das Verfahren stützt sich auf die Anwendung von vier Prüfinstrumenten:

Prüfinstrument 1: MD-übergreifende Audits
Prüfinstrument 2: Befragung der Pflegeeinrichtungen und der Landesverbände der Pflegekassen
Prüfinstrument 3: Plausibilitätsprüfung der Prüfberichte
Prüfinstrument 4: Externes Audit

Die MD-übergreifenden Audits stellen das zentrale Prüfinstrument des Gesamtverfahrens dar. Im Rahmen dieser Audits begleiten sich die Prüfer der MD und des PKV-Prüfdienstes bei den Qualitätsprüfungen gegenseitig. Dadurch können unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Erhebung von Daten und der Bewertung bestimmter Prüffragen identifiziert und die Ursachen hierfür analysiert werden. Die übergreifenden Audits dienen somit als Grundlage für gezielte und bundesweit einheitliche Schulungsmaßnahmen der Prüfer sowie für die Erarbeitung konkreter Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Prüfgrundlagen selbst.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Die Befragung dient dazu, die Zufriedenheit mit den Qualitätsprüfungen und den Prüfberichten aus Sicht der Pflegeeinrichtungen und der Landesverbände der Pflegekassen zu erfassen. Ziel der Plausibilitätsprüfung der Prüfberichte ist es, eine einheitliche qualitätsgesicherte Praxis der Berichterstellung zu gewährleisten. Anhand des externen Audits soll die Umsetzung der vorgegebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Medizinischen Diensten und dem PKV-Prüfdienst begleitet und evaluiert werden.

Die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen werden gemäß Richtlinien (QS-Ri QP) jeweils am 31. Juli im Internet veröffentlicht; dies ist erstmals am 31. Juli 2015 erfolgt.[86]

Die Ergebnisse zeigen ein insgesamt hohes Qualitätsniveau in der Durchführung der Qualitätsprüfungen und belegen, dass eine bundesweit einheitliche Umsetzung der Prüfgrundlagen (QPR, PTVA, PTVS) stattfindet: Die in den MD-übergreifenden Audits erzielten Übereinstimmungsquoten liegen bei 97 Prozent für die ambulanten Regelprüfungen und bei 94 Prozent für die stationären Regelprüfungen. Weiter wird belegt, dass die Prüfer der Medizinischen Dienste und des PKV-Prüfdienstes gute Arbeit leisten. Sie gehen sensibel und respektvoll mit den Pflegebedürftigen und den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen um.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

[86] www.mds-ev.de/themen/pflegequalitaet/qualitaetssicherung-der-qualitaetspruefung.html

3.8. Vergütung

3.8.1. Vereinbarungen in den Ländern ambulant (§ 89 SGB XI)

Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird gemeinsam zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Dabei muss die Vergütung leistungsgerecht sein und einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Seit 1. Januar 2015 ist durch das PSG I gesetzlich klargestellt, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie kirchenarbeitsrechtlicher Vergütungen dabei von den Kostenträgern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann. Die Änderung folgt der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes und geht noch darüber hinaus, indem die Wirtschaftlichkeit der Entlohnung der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen auf Grundlage von wirksamen und vollzogenen Tarifverträgen sowie entsprechender kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Pflegesatz- bzw. Pflegevergütungsverhandlungen gesetzlich festgeschrieben wird. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

Zudem haben die Kostenträger mit dem PSG I zum 1. Januar 2015 das Recht erhalten, von den Trägern der Pflegeeinrichtungen Nachweise zu verlangen, dass die vereinbarten finanziellen Mittel auch tatsächlich für die entsprechende tarifvertragliche bzw. kirchenarbeitsrechtliche Bezahlung ihrer Beschäftigten eingesetzt werden. Weiterhin wird mit einer neuen gesetzlichen Regelung die Möglichkeit eröffnet, bei Nichteinhaltung durch die Einrichtung eine Kürzung der Pflegevergütung für die Dauer der Pflichtverletzung unabhängig vom Vorliegen und des Nachweises eines konkreten Qualitätsdefizits nach § 115 Abs. 3 SGB XI herbeizuführen.

Eine Übersicht über die Anzahl der ambulanten Vergütungsvereinbarungen in den einzelnen Bundesländern für die Jahre 2011 bis 2015 findet sich im Anhang, *Tabelle 89*. Die vereinbarten Leistungskomplexe in den Ländern können auf der Internetseite des BMG zum Sechsten Pflegebericht eingesehen werden.[87]

[87] www.bundesgesundheitsministerium.de/Sechster-Pflegebericht

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.8.2. Tages- und Nachtpflege

Als teilstationäre Versorgung wird die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Einrichtung bezeichnet. Teilstationäre Pflege kann als Tages- oder Nachtpflege konzipiert sein. Dabei übernimmt die Pflegekasse die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Verpflegung müssen dagegen privat getragen werden.

Wie im ambulanten Pflegebereich ist für den (teil-) stationären Bereich seit dem 1. Januar 2015 im Gesetz ausdrücklich klargestellt, dass eine tarifvertraglich vereinbarte Vergütung der Beschäftigten in den Pflegesatzverhandlungen der Pflegeeinrichtungen nicht als unwirtschaftlich bewertet werden darf. Die entsprechenden Kontrollmöglichkeiten für die Kostenträger sind ebenfalls anwendbar.

Der nachfolgenden *Tabelle 47* können die durchschnittlichen Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung im teilstationären Bereich für die Jahre 2011-2015 entnommen werden. Die Pflegesätze teilstationärer Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) in den Ländern mit Stand am 1. Juli 2015 sind der Übersicht im Anhang, *Tabelle 97* zu entnehmen.

Tabelle 47: Durchschnittliche Pflegesätze und Kosten für Unterkunft und Verpflegung für den teilstationären Bereich 2011-2015 (in Euro)

Jahr	**Durchschnittliche tägliche Pflegesätze* teilstationär und Kosten für Unterkunft und Verpflegung (in Euro)**					
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten
2011	33,36	39,64	46,60	7,04	4,99	6,74
2012	33,30	40,19	46,93	7,01	5,05	7,46
2013	33,81	40,45	47,47	7,10	4,89	7,54
2014	34,49	41,16	49,60	7,14	4,97	6,95
2015	35,57	42,19	51,15	7,24	5,11	7,03

**ungewichtet*

Quelle: GKV-Spitzenverband

Für den Berichtszeitraum zeigt sich, dass die Höhe der durchschnittlichen Pflegesätze und der Kosten für Unterkunft und Verpflegung im teilstationären Bereich kontinuierlich gestiegen sind: in Pflegestufe I um 2,21 Euro, in Pflegestufe II um 2,55 Euro und in Pflegestufe III um 4,55 Euro.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Im Jahr 2015 lagen die Pflegesätze für die Pflegestufe I durchschnittlich bei 35,57 Euro, für die Pflegestufe II bei 42,19 Euro und für die Pflegestufe III wurden bundesdurchschnittlich 51,15 Euro veranschlagt.

3.8.3. Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege zählt als stationäre Versorgungsform und kann in vollstationären Einrichtungen angeboten werden (mittels einzelnen eingestreuten Betten oder separaten Abteilungen) oder in solitären Kurzzeitpflege-Einrichtungen. Im Berichtszeitraum sind die durchschnittlichen Pflegesätze kontinuierlich gestiegen, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind dagegen leicht gesunken. Die durchschnittlichen Pflegesätze (pro Tag sowie pro Monat) sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung für die Jahre 2011 bis 2015 sind den nachfolgenden *Tabelle 48*-Tabelle 51 zu entnehmen. Eine Übersicht über das Pflegesatzniveau der Solitäreinrichtungen der Kurzzeitpflege sowie der Kurzzeitpflege bei eingestreuten Betten und separaten Abteilungen in den einzelnen Bundesländern für das Jahr 2015 ist der Anlage, *Tabelle 98 und* Tabelle 99 zu entnehmen.

Tabelle 48: Durchschnittliche Pflegesätze und Kosten der Unterkunft und Verpflegung für die Kurzzeitpflege (eingestreute Betten und separate Abteilungen)

Jahr	**Durchschnittliche tägliche Pflegesätze* (in Euro) für die Kurzzeitpflege (eingestreute Betten und separate Abteilungen)**					
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten
2011	44,47	58,18	71,85	12,78	10,25	13,69
2012	44,39	58,83	72,69	12,93	10,17	13,94
2013	44,95	59,13	74,04	13,38	9,05	14,26
2014	45,63	60,14	75,42	13,61	9,20	14,41
2015	46,62	60,99	74,43	13,32	8,59	13,67

**ungewichtet*

Quelle: GKV-Spitzenverband

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 49: Durchschnittliche monatliche Pflegesätze und Kosten der Unterkunft und Verpflegung für die Kurzzeitpflege (eingestreute Betten und separate Abteilungen)

Jahr	Durchschnittliche monatliche Pflegesätze* (in Euro) für die Kurzzeitpflege (eingestreute Betten und separate Abteilungen)				
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Unterkunft und Verpflegung	Investitionskosten
2011	1352,77	1769,83	2185,68	700,58	416,45
2012	1350,34	1789,61	2211,23	702,70	424,05
2013	1367,38	1798,73	2252,30	682,32	433,79
2014	1388,06	1829,46	2294,28	693,88	438,35
2015	1418,18	1855,32	2264,16	666,50	415,84

**ungewichtet*

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 50: Durchschnittliche Pflegesätze und Kosten der Unterkunft und Verpflegung für die Kurzzeitpflege (Solitäreinrichtungen der KZP)

Jahr	Durchschnittliche tägliche Pflegesätze* (in Euro) in Solitäreinrichtungen der Kurzzeitpflege					
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Unterkunft pro Tag	Verpflegung pro Tag	Investitions-kosten pro Tag
2011	48,80	61,16	74,14	13,13	9,69	10,35
2012	49,26	61,92	75,22	13,29	9,34	9,98
2013	50,30	63,58	77,33	13,45	8,29	10,01
2014	51,45	65,16	79,04	13,64	8,25	9,97
2015	55,08	68,42	82,51	13,72	8,82	10,39

**ungewichtet*

Quelle: GKV-Spitzenverband

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 51: Durchschnittliche monatliche Pflegesätze und Kosten der Unterkunft und Verpflegung für die Kurzzeitpflege (Solitäreinrichtungen der KZP)

Jahr	Durchschnittliche monatliche Pflegesätze* (in Euro) in Solitäreinrichtungen der Kurzzeitpflege				
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Unterkunft und Verpflegung	Investitionskosten
2011	1484,50	1860,49	2255,34	694,18	314,85
2012	1498,49	1883,61	2288,19	688,40	303,59
2013	1530,13	1934,10	2352,38	661,33	304,50
2014	1565,11	1982,17	2404,40	665,89	303,29
2015	1675,53	2081,34	2509,95	685,67	316,06

**ungewichtet*

Quelle: GKV-Spitzenverband

Eine Berechnung des durchschnittlichen Eigenanteils der Pflegebedürftigen am Heimentgelt für die Kurzzeitpflege lässt sich laut GKV-Spitzenverband nicht durchführen, da die durchschnittliche Verweildauer der Pflegebedürftigen bei Kurzzeitpflege nicht bekannt ist. Gleiches gilt für die teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege). Ginge man von einer Aufenthaltsdauer von einem Monat aus (30,42 Tage im Durchschnitt), ergäben sich in einer solitären Kurzzeitpflegeeinrichtung durchschnittliche Pflegesätze im Jahr 2015 von 1.676 Euro für Pflegestufe I, 2.081 Euro für Pflegestufe II und 2.510 Euro für Pflegestufe III. Hinzu kämen dann noch die durchschnittlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 686 Euro sowie 316 Euro durchschnittlich für Investitionskosten. Seit 2015 stehen pflegebedürftigen Personen aus der Pflegeversicherung generell 1.612 Euro bzw. 3.224 Euro (wenn der Leistungsanspruch der Verhinderungspflege übertragen wird) für Kurzzeitpflege zur Verfügung.

3.8.4. Vollstationäre Pflege

Entsprechend der Pflegestufe zahlt die Pflegekasse einen pauschalen Leistungsbetrag an das Pflegeheim. Er beträgt seit 2015 monatlich in der Pflegestufe I 1.064 Euro, in der Pflegestufe II 1.330 Euro und in der Pflegestufe III 1.612 Euro (in Härtefällen 1.995 Euro).

Die vollstationär betreute Person muss die über den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus anfallenden pflegebedingten Kosten, die Kosten für Unterbringung und Verpflegung, die Investitionskosten und die eventuell anfallenden Kosten für besondere Komfortleistungen selbst tragen. Außerdem darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 Prozent des tatsächlichen Heimentgeltes nicht übersteigen. Diese Regelung wird durch das PSG II am 1. Januar 2017 mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs abgeschafft. In Einzelfällen könnten

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

ansonsten – nach Pflegegraden unterschiedliche – Kürzungen eintreten, die im Widerspruch zum vorgesehenen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil stehen. Stattdessen wird eine Mitfinanzierung für Unterkunft und Verpflegung durch die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung zugelassen.

Die durchschnittlichen Pflegesätze sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung für die Jahre 2011 bis 2015 sind den nachfolgenden *Tabelle 52 und* Tabelle 53 zu entnehmen. Eine Übersicht über das Pflegesatzniveau in der vollstationären Pflege in den einzelnen Bundesländern inklusive der durchschnittlichen Eigenanteile sowie der pflegebedingten Eigenanteile der Bewohner ist der Anlage, *Tabelle 100* zu entnehmen.

Tabelle 52: Durchschnittliche Pflegesätze und Kosten der Unterkunft und Verpflegung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (pro Tag)

Jahr	Durchschnittliche tägliche Pflegesätze* (in Euro) in vollstationären Pflegeeinrichtungen					
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten
2011	43,04	57,75	72,01	12,76	10,56	13,55
2012	43,48	58,29	72,79	12,79	10,13	13,82
2013	44,10	58,83	74,25	12,81	8,75	14,10
2014	44,98	59,98	75,73	13,02	8,75	14,37
2015	44,45	61,06	77,44	13,40	8,63	14,18

**ungewichtet*

Quelle: GKV-Spitzenverband

Tabelle 53: Durchschnittliche monatliche Pflegesätze und Kosten der Unterkunft und Verpflegung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Jahr	Durchschnittliche monatliche Pflegesätze* (in Euro) in vollstationären Pflegeeinrichtungen				
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Unterkunft und Verpflegung	Investitionskosten
2011	1309,28	1756,76	2190,54	709,39	412,19
2012	1322,66	1773,18	2214,27	697,23	420,40
2013	1341,52	1789,61	2258,69	655,86	428,92
2014	1368,29	1824,59	2303,71	662,24	437,14
2015	1352,17	1857,45	2355,72	670,15	431,36

**ungewichtet*

Quelle: GKV-Spitzenverband

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Die durchschnittlichen monatlichen Pflegesätze in den vollstationären Pflegeeinrichtungen sind im Laufe des Berichtszeitraums in der Pflegestufe I um 3,28 Prozent angestiegen. In der Pflegestufe II ist ein Anstieg um 5,7 Prozent sowie in der Pflegestufe III um 7,5 Prozent festzustellen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind 2015 im Vergleich zu 2011 sogar um 5,5 Prozent gesunken, während die Investitionskosten um 4,7 Prozent gestiegen sind.

Die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen für Unterkunft / Verpflegung und Investitionskosten haben sich innerhalb des Berichtszeitraums moderat um ein bis drei Prozent erhöht. Demgegenüber war die Entwicklung der pflegebedingten Eigenanteile deutlich stärker: Im Jahr 2015 lag der pflegebedingte Eigenanteil in Pflegestufe I um 0,6 Prozent über dem Anteil in 2011, in den Pflegestufen II und III steigerte er sich um 9 bis 10 Prozent (vgl. Anhang, *Tabelle 100 zu den durchschnittlichen vollstationären Pflegesätzen 2015*).

3.8.5. Zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen

Seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz können vollstationäre Pflegeeinrichtungen zusätzliche Betreuungskräfte einstellen, die das Angebot an Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz ergänzen. Mit dem PNG wurde diese Regelung auch auf teilstationäre Pflegeeinrichtungen der Tages- und Nachtpflege ausgeweitet. Die dabei gesetzlich vorgesehene, regelhafte Betreuungsrelation wurde von 1 zu 25 auf 1 zu 24 verbessert.

Seit dem PSG I, das am 1. Januar 2015 in Kraft trat, stehen diese zusätzlichen Betreuungsangebote allen pflegebedürftigen Bewohnern bzw. Pflegegästen offen. Die Betreuungsrelation wurde nochmals auf 1 zu 20 verbessert. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz werden ab dem 1. Januar 2017 alle Pflegebedürftigen gemäß dem neuen § 43b SGB XI einen originären Individualanspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in allen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen haben.

Die Aufgaben und die Qualifikation der zusätzlichen Betreuungskräfte sind in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 87 b Abs. 3 SGB XI geregelt. Dort sind beispielhaft Alltagsaktivitäten genannt, zu denen die zusätzlichen Betreuungskräfte die anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen motivieren und bei denen sie sie betreuen und begleiten sollen. Dies kann je nach Bedarf sowohl durch Gruppenaktivitäten als auch durch Einzelbetreuung erfolgen. Die Richtlinien sind auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.[88]

[88] http://tinyurl.com/Richtlinien-87bSGBXI

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Die Kosten für das Zusatzpersonal werden vollständig von der Pflegeversicherung getragen. Die Pflegekassen haben mit den stationären Pflegeeinrichtungen die entsprechenden Vergütungszuschläge nach § 87b SGB XI zur Finanzierung der Personalaufwendungen für die zusätzlichen Betreuungskräfte in der erforderlichen Höhe vertraglich zu vereinbaren, diese Vergütungssystematik bleibt auch nach dem 1. Januar 2017 unverändert.

Im Jahr 2015 (Stand: 1. Juli) hatten ca. 96 Prozent aller vollstationären Pflegeeinrichtungen, 61 Prozent aller teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie 73 Prozent der Kurzzeitpflegeeinrichtungen eine Vergütungsvereinbarung nach § 87b SGB XI abgeschlossen. Die Höhe des täglichen Vergütungszuschlags variiert dabei zwischen zwei und sieben Euro im vollstationären Bereich, zwischen drei und zehn Euro im teilstationären Bereich und zwischen zwei und sechs Euro im Bereich der Kurzzeitpflege. Eine Übersicht über die in den Ländern bestehenden Vereinbarungen inkl. Vergütung befindet sich im Anhang, *Tabelle* 101.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.9 Investitionskostenförderung durch die Länder

Die Verantwortung für die Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen liegt gemäß § 9 SGB XI in der Zuständigkeit der Länder. Zur Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen die Länder Einsparungen nutzen, die sich aus der Einführung der Pflegeversicherung für die Sozialhilfeträger ergeben. Diese Einsparungen fallen auch heute noch an, sie beliefen sich im Jahr 2015 auf rund fünf Milliarden Euro.

Hinsichtlich der Abrechenbarkeit von Investitionskosten hat das Bundessozialgericht in vier Urteilen vom 8. September 2011 erklärt, dass pauschale Investitionskosten durch die gesetzliche Regelungen nicht gedeckt seien und deswegen nur tatsächlich aufgewendete Investitionskosten gesondert berechnet werden dürfen. Als Reaktion auf die Urteile ist zum 28. Dezember 2012 mit dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (AssPflBEdRG) eine Gesetzesänderung in Kraft getreten. Damit wurde der Sorge der Länder und vieler Einrichtungen Rechnung getragen, dass die Umsetzung der Rechtsprechung in die Praxis zu Schwierigkeiten, übermäßiger Bürokratie oder schwankenden Belastungen der Pflegebedürftigen führen könnte. Seither dürfen für notwendige Kosten zur Instandhaltung und Instandsetzung sowie für Verteilungsmaßstäbe Pauschalen angesetzt werden. Um die Pflegebedürftigen vor übermäßiger finanzieller Belastung zu schützen, müssen diese allerdings in einem angemessenen Verhältnis zu den tatsächlichen Kosten stehen.

Eine Abfrage bei den Ländern zur Investitionskostenförderung in den vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen, solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen lässt auf folgende Tendenzen bei der Investitionskostenförderung schließen (vgl. Anhang *Tabelle 103*): Eine Investitionskostenförderung erfolgt in zwölf von 16 Bundesländern. Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt fördern nicht. Die anderen zwölf Länder bezuschussen in der Regel Erst- und Folgeinvestitionen im Sinne einer Objektförderung. Fünf Bundesländer bezuschussen bewohnerbezogene Aufwendungen bzw. bezahlen Pflegewohngeld. Bei der Objektförderung liegt der Schwerpunkt auf der Investitionskostenförderung der solitären Kurzzeitpflege sowie der teilstationären Pflege. Die Förderung setzt nicht zwingend eine Bedarfsplanung voraus, aber eine Bedarfsnotwendigkeit wird in den meisten Ländern geprüft.

Investitionskosten der vollstationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege werden noch in jeweils sechs Bundesländern gefördert, wobei es sich in Hamburg nur um auslaufende Besitzstandswahrungen handelt.

Für die Förderung zuständig sind die Länder selbst. In Bayern, Hessen, Schleswig-Holstein, Thüringen, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland wurde die Zuständigkeit an die Landkreise/kreisfreien Städte und/oder die Gemeinden übertragen. In sieben Ländern handelt es sich dabei um

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

eine Einzelförderung, in fünf Bundesländern um eine pauschale Förderung. Bei der pauschalen Förderung wird nur in Hamburg eine Mindestbelegungsquote (85 Prozent Kurzzeitpflege/ 96 Prozent vollstationäre Pflege) als Voraussetzung zugrunde gelegt (vgl. Anhang; *Tabelle 103*).

Die Investitionskostenförderung deckt nicht zwingend alle umlagefähigen Aufwendungen. Für den nicht übernommenen Teil können die zuständigen Landesbehörden eine Genehmigung für die gesonderte Berechnung der Investitionskosten erteilen. Diese können dann auf die Bewohner bzw. Gäste und Kunden umgelegt werden. Die Höhe des Betrages, der den Bewohnern dabei pro Tag in Rechnung gestellt wird, schwankt innerhalb der verschiedenen Angebote im (teil)stationären Bereich zwischen 0,45 Euro und 25,83 Euro[89]. Im bundesweiten Durchschnitt machte im Jahr 2015 die von den Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege zu zahlende Vergütung durch die Inrechnungstellung von Investitionskosten nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes 431 Euro pro Monat aus (vgl. Kapitel 3.8.4, *Tabelle 53*). Würden die Investitionskosten in voller Höhe von den Ländern getragen, ließe sich die finanzielle Belastung stationär versorgter Pflegebedürftiger entsprechend reduzieren.

(Teil-) Stationäre Einrichtungen, die keine oder nur für einen Teil der Aufwendungen eine Förderung erhalten, vereinbaren mit den Trägern der Sozialhilfe den Investitionskostenwert, der auf die Bewohner umgelegt werden kann. Dieser Wert gilt allerdings nur für pflegebedürftige Menschen, die Sozialhilfe erhalten. Für Selbstzahler muss er nicht übernommen werden. Zum Beispiel stellen in Bremen und Hessen ca. 20 Prozent, in Rheinland-Pfalz 15 Prozent und im Saarland sogar 40 Prozent der Einrichtungen den Selbstzahlern abweichende und damit in der Regel höhere Investitionskosten in Rechnung als den Sozialhilfeempfängern. Die Höhe dieses Wertes muss der zuständigen Landesbehörde lediglich mitgeteilt werden. Eine Zustimmung ist nach § 82 Abs. 4 SGB XI nicht erforderlich.

Die jährlichen Fördersummen der einzelnen Bundesländer in den einzelnen Versorgungsbereichen können den *Tabelle 104*-Tabelle 107 im Anhang entnommen werden.

In den meisten Ländern fließt der Großteil der Fördermittel an die freigemeinnützigen Träger. Aus den Rückmeldungen ist jedoch nicht zu erkennen, wie sich die Häufigkeiten der Trägerschaften in den einzelnen Bundesländern verteilen. Eine Ausnahme bildet Mecklenburg-Vorpommern. Dort erhielten vor allem private Träger (mit Ausnahme des Jahres 2014) Förderung (vgl. Anhang, *Tabelle 108*).

Im Entwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) ist in diesem Zusammenhang eine Änderung vorgesehen, nach welcher die Länder dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich

[89] Hierzu haben nicht alle Länder rückgemeldet. Insofern ist die hier berichtete Spannbreite vorsichtig zu interpretieren.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

über den Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen berichten sollen. Diese Angaben dienen der Abschätzung der jährlichen Belastung der Pflegebedürftigen. Durch die jährliche Berichterstattung lassen sich die Auswirkungen der Investitionskostenförderung im Verlauf besser auswerten. Das BMG wird die Berichte veröffentlichen.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.10 Personal

Der demografische Wandel hat zur Folge, dass die Anzahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter weiter zurückgehen und die Zahl der Schulabgänger und der damit in den Ausbildungsmarkt nachrückenden jungen Menschen sinken wird. Im Jahr 2014 gab es noch ca. 830.000 Schulabgänger mit einem Abschluss einer allgemeinbildenden Schule, schon 2025 wird die Zahl nach den vorliegenden Prognosen auf ca. 705.000 zurückgehen (Statistisches Bundesamt, Berechnungen des BIBB). Vor dem Hintergrund des bereits heute regional zum Teil bestehenden Fachkräftemangels in der Pflege wird sich der Wettbewerb um den Nachwuchs in der Ausbildung weiter verschärfen. Durch die wachsende Zahl hochbetagter Menschen verändern sich die Versorgungsstrukturen. In den Krankenhäusern müssen immer mehr ältere, teilweise demenziell erkrankte Menschen behandelt werden, während in den Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Pflege der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege steigt. In beiden Versorgungsbereichen werden die Anforderungen an das Pflegepersonal vielfältiger.

3.10.1 Beschäftigte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (§ 109 SGB XI)

Die Altenpflege ist ein Jobmotor: Von 2001 bis 2013 ist die Zahl der Beschäftigten in diesem Wirtschaftszweig von 665.00 auf rd. eine Million gestiegen.

Die Zahl der Beschäftigten bei ambulanten Pflegediensten stieg dabei seit 2009 (ca. 269.000 Beschäftigte) um ca. 19 Prozent auf ca. 320.000 Beschäftigte im Jahr 2013 an. Demgegenüber hat die Zahl der ambulanten Leistungsbezieher im gleichen Zeitraum (2009: ca. 1,54 Mio.; 2013: ca. 1,74 Mio.) um 13 Prozent zugenommen. Die große Mehrzahl der Beschäftigten ist weiblich (87 Prozent).

In Pflegeheimen stieg seit 2009 (ca. 621.000 Beschäftigte) die Zahl der Beschäftigten um ca. zehn Prozent auf 685.000 Beschäftigte im Jahr 2013 an. Parallel dazu ist die Zahl der stationären Leistungsbezieher (2009: ca. 698.000.; 2013: ca. 740.000) um ca. sechs Prozent gestiegen.
Weiterhin ist die Mehrzahl der Beschäftigten auch im stationären Bereich weiblich (85 Prozent).

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.10.2 Berufsabschlüsse der Beschäftigten in ambulanten/stationären Pflegeeinrichtungen

Die examinierten Altenpfleger (ca. 21,4 Prozent) sowie die Gesundheits- und Krankenpfleger (ca. 25,4 Prozent) stellen die größten Gruppen der Beschäftigten im ambulanten Bereich (vgl. *Tabelle 54*). Hinsichtlich der Altersstruktur gestaltete sich die Situation der Beschäftigten folgendermaßen: 16 Prozent waren unter 30 Jahre alt, fast die Hälfte der Beschäftigten war zwischen 30 und 49 Jahren alt und ca. 36 Prozent waren älter als 50 Jahre. Die Mehrheit (57 Prozent) der Beschäftigten im ambulanten Bereich, die in der Grundpflege eingesetzt wurden, verfügte über einen Berufsabschluss als Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger (28 Prozent). Weitere 26 Prozent waren ausgebildete Altenpfleger.

Tabelle 54: Qualifikationsstufen und Tätigkeitsbereich im ambulanten Bereich - 2013

Berufsabschluss	Personal gesamt	Pflegdienstleitung	Grundpflege	Hauswirtschaftliche Versorgung	Administrativer Bereich	Sonstiger Bereich
Altenpfleger/-in	68.649	4.848	57.853	466	1.179	3.551
Altenpflegehelfer/-in	14.121	132	12.698	578	97	249
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	81.226	10.125	61.902	612	2.343	5.296
Krankenpflegehelfer/-in	13.667	71	12.144	637	112	311
Fachhochschul/-Hochschulabschluss	1.094	482	153	11	346	82
Sonstiger Berufsabschluss	66.698	182	7.879	20.836	9.341	5.755
Ohne Berufsabschluss oder noch in Ausbildung	26.461	-	16.827	6.049	585	2.028
Gesamt	**271.916**	**15.840**	**169.456**	**29.189**	**14.003**	**17.272**

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik Stand Ende 2013[90]

Die examinierten Altenpfleger (ca. 23 Prozent) stellen im stationären Bereich die Mehrheit der Beschäftigten. Hier machen die Gesundheits- und Krankenpfleger lediglich acht Prozent aus (vgl. *Tabelle 55*). 66 Prozent der Beschäftigten in stationären Einrichtungen waren 2013 im Bereich Pflege und Betreuung eingesetzt, vier Prozent des Personals waren ausschließlich für die soziale Betreuung und weitere vier Prozent überwiegend für zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 87b SGB XI eingesetzt.

[90] Weitere Berufsabschlüsse siehe Pflegestatistik 2013 vom Statistischen Bundesamt

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Die Altersstruktur der Beschäftigten im stationären Bereich stellte sich folgendermaßen dar: 19 Prozent waren unter 30 Jahre alt, 43 Prozent der Beschäftigten waren zwischen 30 und 49 Jahren alt und ca. 38 Prozent waren älter als 50 Jahre.

Tabelle 55: Qualifikation und Tätigkeitsbereich im stationären Bereich - 2013

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Pflege/ Betreuung	Soziale Betreuung	Hauswirtschaftliche Versorgung	Administrativer Bereich	Sonstiger Bereich
Altenpfleger/-in	158.505	151.877	1.967	233	3.184	399
Altenpflegehelfer/-in	40.250	38.871	454	255	70	59
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	54.385	49.820	869	149	2.887	290
Krankenpflegehelfer/-in	16.875	16.253	211	136	40	33
Fachhochschul/-Hochschulabschluss	3.061	908	218	23	1.784	87
Sonstiger Berufsabschluss	48.314	60.533	7.425	47.857	24.388	6.689
Ohne Berufsabschluss oder noch in Ausbildung	134.623	89.390	3.041	34.630	1.795	2.260
Gesamt	**456.013**	**407.652**	**14.185**	**83.283**	**34.148**	**9.817**

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik Stand Ende 2013[91]

3.10.3 Beschäftigungsverhältnisse in der Pflege (Voll- und Teilzeit)

Die Pflege generell, aber insbesondere die Altenpflege, ist durch einen vergleichsweise hohen Anteil von Teilzeitbeschäftigung gekennzeichnet. So waren im Jahr 2013 nur 27 Prozent des Personals in ambulanten Pflegediensten vollzeitbeschäftigt, fast 70 Prozent waren teilzeitbeschäftigt. Die übrigen 30 Prozent entfielen auf Auszubildende und Helfer sowie Praktikanten. Der Anteil der geringfügig Beschäftigten am Gesamtpersonal ambulanter Pflegedienste betrug 2013 rd. 20 Prozent. Gegenüber 2011 hat die Zahl der Vollzeitbeschäftigten allerdings um immerhin 7,7 Prozent zugenommen, und auch bei den Beschäftigten mit mehr als 50 Prozent Teilzeit gab es Zuwächse von 13 Prozent (vgl. *Tabelle 56*). Die Studie des IAB im Auftrag des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung hat auch Gründe für die Teilzeitbeschäftigung ausgewertet. Während in den

[91] Weitere Berufsabschlüsse siehe Pflegestatistik 2013 vom Statistischen Bundesamt

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

westdeutschen Bundesländern Altenpflegefachkräfte vor allem persönliche und familiäre Gründe nennen, darunter das Fehlen von Kinderbetreuungsplätzen, arbeitet hingegen in den ostdeutschen Bundesländern die Hälfte von ihnen nur deshalb in Teilzeit, weil sie keine Vollzeitstelle finden (vgl. auch Kapitel 1.3). Dem drohenden Mangel der Beschäftigten in der Pflege kann folglich auch dadurch wirksam begegnet werden, indem die unfreiwillige Teilzeit reduziert und vorhandene Kräfte ihre Arbeitszeit ausweiten - dies kommt nicht selten auch dem Wunsch der Betroffenen entgegen.

Tabelle 56: Struktur der Beschäftigungsverhältnisse im ambulanten und stationären Bereich - 2013

Beschäftigungsverhältnis	**ambulant**	**stationär**	**gesamt**
Personal insgesamt	320.077	685.447	1.005.524
Vollzeit	85.866	203.715	289.581
Teilzeitbeschäftigte über 50 Prozent	113.604	257.795	371.399
50 Prozent und weniger	44.307	101.891	146.198
Geringfügig Beschäftigte	65.432	64.486	129.918
Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r	10.072	51.437	61.509
Helfer/in, im freiwilligen sozialen Jahr	442	3.445	3.887

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik Stand Ende 2013[92]

Etwa 30 Prozent der Beschäftigten stationärer Pflegeeinrichtungen war 2013 vollzeitbeschäftigt, etwa 62 Prozent teilzeitbeschäftigt. Die übrigen Beschäftigten waren Auszubildende, Helfer sowie Praktikanten. Von den Teilzeitbeschäftigten waren ca. 64.000, also 9,4 Prozent, geringfügig beschäftigt. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten ging zwischen 2011 und 2013 um vier Prozent zurück, bei den Beschäftigten mit mehr als 50 Prozent Teilzeit gab es allerdings Zuwächse von sieben Prozent. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der geringfügig Beschäftigten um 3,4 Prozent (2011: 62.400; 2013: 64.500).

[92] Weitere Berufsabschlüsse siehe Pflegestatistik 2013 vom Statistischen Bundesamt

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.10.4 Entwicklung der Beschäftigung in der Langzeitpflege

Die Zunahme der Zahl der Beschäftigten in der Pflege ist seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung ungebrochen. Im Zehnjahres-Zeitraum 2003-2013 hat sich die Zahl pflegebedürftiger Personen um 25 Prozent und die Zahl der Menschen, die in der Pflege arbeiten, um ca. 41 Prozent erhöht (vgl. *Tabelle 57*). Bei ca. 29,5 Mio. sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Deutschland (lt. Bundesagentur für Arbeit) stellt die Pflege damit immerhin bereits ca. 3,5 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

Tabelle 57: Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI

Jahr	ambulant	stationär	gesamt	Veränderung gegenüber dem letzten Stichtag	
				absolut	in Prozent
1999	183.782	440.940	624.722	-	-
2001	189.587	475.368	664.935	40.213	6,4
2003	200.897	510.857	711.754	46.819	7,0
2005	214.307	546.397	760.704	48.950	6,9
2007	236.162	573.545	809.707	49.003	6,4
2009	268.891	621.392	890.283	80.576	10,0
2011	290.714	661.179	951.893	61.610	7,0
2013	320.077	685.447	1.005.524	53.631	5,6

Quelle: Statistisches Bundesamt

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.10.5 Altenpflegeausbildung

Im Schuljahr 2015/2016 wurden insgesamt fast 139.000 Pflegeschüler (Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege) verzeichnet; davon waren 68.051 in der Altenpflege beschäftigt (vgl. *Tabelle 58*). Die Zahl der Neueintritte in die Altenpflege ist von 23.467 im Schuljahr 2010/2011 auf 26.796 im Jahr 2014/2015 und damit um mehr als 14 Prozent gestiegen (vgl. *Tabelle* 59).[93]

Tabelle 58: Anzahl Auszubildende in den Pflegeberufen (3-jährige Ausbildung, Bundesgebiet gesamt)

Schuljahr	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16
Krankenpflege	59.172	59.857	63.342	64.009	64.022	63.611
Kinderkranken-pflege	6.454	6.442	6.740	6.780	6.928	7.074
Altenpflege	51.965	55.966	59.365	62.335	66.285	68.051
Summe	**117.591**	**122.265**	**129.447**	**133.124**	**137.235**	**138.736**

Hinweis: Zahlen basieren auf einer freiwilligen Erhebung und wurden nicht von allen Ländern vollständig übermittelt. Für das Jahr 2013/14 fehlen die Zahlen von Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen. (Die tatsächliche Zahl ist somit höher.)

Quelle: Statistisches Bundesamt

Mit der nunmehr geplanten **Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen** will die Bundesregierung ein langjährig vorbereitetes Vorhaben mit dem Ziel der Steigerung der Qualität in der Pflege und der Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs umsetzen (vgl. Kapitel 2.3.1).

Die Bundesregierung hat unter Federführung des BMFSFJ und unter Beteiligung des BMAS, BMG und BMBF zusammen mit den Ländern und Verbänden Ende 2012 die **Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege** auf den Weg gebracht. Ziel dieses ersten Ausbildungspaktes in der Altenpflege war es, die Kräfte aller Verantwortlichen im Bereich der Altenpflege in einer gemeinsamen Initiative zu bündeln und konkrete Maßnahmen zur Stärkung der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung und zur Erhöhung der Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes Altenpflege zu vereinbaren. Insgesamt wurden rund 240 Maßnahmen in zehn Handlungsfeldern vereinbart, von denen einige auf die Laufzeit der Offensive befristet, viele jedoch auf eine dauerhafte Umsetzung angelegt waren. Bereits mit der Unterzeichnung des Vereinbarungstextes er-

[93] Zahlen nach Erhebungen im Rahmen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

folgte der Startschuss für das vom BMFSFJ beim BAFzA eingerichtete „Beratungsteam Altenpflegeausbildung“ sowie die Freischaltung eines neuen Informationsportals zur Altenpflegeausbildung (www.altenpflegeausbildung.net).

Die im Rahmen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege vereinbarte stufenweise Steigerung der Ausbildungszahlen ausgehend von den Eintritten im Schuljahr 2010/2011 um jährlich zehn Prozent wurde im Schuljahr 2013/2014 mit bundesweit 14,2 Prozent deutlich übertroffen. Im Schuljahr 2014/2015 konnte die Zahl der Neueintritte auf einem hohen Niveau gehalten werden (vgl. *Tabelle 59*).

Einen wichtigen Anteil an der Erhöhung der Ausbildungszahlen hat das Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege vom 11. März 2013, mit dem Altenpflegeumschulungen zwischen dem 1. April 2013 und dem 31. März 2016 erneut dreijährig durch die Arbeitsagenturen bzw. Jobcenter gefördert werden konnten und die Möglichkeiten zur Ausbildungsverkürzung für berufliche Weiterbildungen bei Vorliegen entsprechender Vorkenntnisse ausgeweitet wurden. Anknüpfend an die Erfahrungen im Rahmen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege wird die Möglichkeit einer dreijährigen Umschulungsförderung nunmehr bis zum 31. Dezember 2017 und damit bis zu dem im Regierungsentwurf des Pflegeberufereformgesetzes vorgesehenen Start der neuen generalistischen Pflegeausbildung verlängert.

Tabelle 59: Neueintritte in die Altenpflegeausbildung (3-jährige Ausbildung + verkürzte Altenpflegeausbildung, Bundesgebiet gesamt)

Schuljahr	2012/13	Anstieg*	2013/14	Anstieg*	2014/15	Anstieg*
Altenpflege	23.418	+5,6%	26.740	+14,2%	26.796	+0,2
Davon:						
3jährige Ausbildung	21.589		24.043	+12%	23.930	-0,5%

*Anstieg (in Prozent) im Vergleich zum Vorjahr

Quellen: BMFSFJ

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.10.6 Finanzierung der Ausbildungsvergütung inkl. landesweiter Ausbildungsvergütungsumlagen

Nach dem Altenpflegegesetz des Bundes hat der Träger der praktischen Ausbildung der Schülerin bzw. dem Schüler eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen (§ 17 Abs. 1 AltPflG). In der Altenpflege gibt es keinen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag, so dass die Vergütung zwischen den unterschiedlichen Trägern der Ausbildung variieren kann. In den Einrichtungen des öffentlichen Dienstes oder Einrichtungen von Trägern, die sich an die Regelungen des öffentlichen Dienstes anlehnen, erfolgt die Vergütung nach dem TVAöD. Die Kosten sind in den Pflegesätzen berücksichtigungsfähig (§ 24 AltPflG, § 82a SGB XI). Seit dem 1. März 2016 haben Auszubildende gemäß TVAöD-Pflege Anspruch auf eine Ausbildungsvergütung von 1.011 Euro im ersten Ausbildungsjahr, im zweiten Ausbildungsjahr auf 1.072 Euro und im dritten Ausbildungsjahr 1.173 Euro. Die durchschnittliche tarifliche Ausbildungsvergütung im Jahr 2015 betrug für das gesamte Bundesgebiet 826 Euro im Monat.[94]

Aus den Ergebnissen der Befragung bei den Ländern (Rückmeldungen liegen aus neun Ländern vor) ergibt sich, dass die höchste Ausbildungsvergütung in Nordrhein-Westfalen gezahlt wird, gefolgt von Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Dabei ist zu beachten, dass in Baden-Württemberg eine Vergleichsberechnung für das Jahr 2015 ergeben hat, dass dort die tatsächliche Vergütung unter Berücksichtigung nicht tarifgebundener Arbeitgeber um ca. 300 Euro unter dem Durchschnittswert nach TVöD liegt. Die hier für Baden-Württemberg angegebenen Werte nach TVöD können daher nicht als repräsentativ angesehen werden (vgl. *Tabelle 60*).

[94] Pressemitteilung 01/2016 des Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) vom 07.01.2016

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Tabelle 60: Durchschnittliche Vergütung der Altenpflegeschülerinnen und Altenpflegeschüler in den Bundesländern

Bundesland	Jährliche Durchschnittswerte der Ausbildungsvergütung in Euro				
	2011	2012	2013	2014	2015
BW	14.518[1]	14.518[1]	15.018[1]	15.318[1]	15.921[1]
BY	k. A.				
BE	k. A.				
BB	k. A.	k. A.	7.152	7.720	8.201
HB	k. A.				
HH	9.600	10.200	10.440	10.800	11.040
HE	k. A.				
MV	k. A.				
NI	k. A.	k. A.	k. A.	11.885[2]	12.605[2]
NW	k. A.	15.875	15.875	17.528	18.201
RP	12.868	13.432	14.083	14.214	14.921
SL	k. A.				
SN	7.626	7.445	8.170	9.311	10.109
ST	k. A.				
SH	9.806	10.057	10.597	10.909	11.233
TH	8.798	9.309	9.979	10.268	11.077

[1] nach TVöD
[2] Tarifvertrag
Quelle: Länderbefragung

Die Altenpflegeausbildung an öffentlichen Schulen ist kostenfrei, hingegen wird an privaten Schulen noch in sechs Bundesländern Schulgeld erhoben. In zwei Ländern wird das Schulgeld ganz oder teilweise erstattet. In Berlin ist die Einführung der Schulgeldfreiheit für das Schuljahr 2016/17 geplant (vgl. Anhang, *Tabelle 110*).

Nach § 25 des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege (AltPflG)[95], das am 1. August 2013 in Kraft getreten ist, können die Länder ein Umlageverfahren zur Finanzierung der Kosten der Ausbildungsvergütung einführen, wenn dies erforderlich ist, um einen Mangel an Ausbildungsplätzen zu verhindern oder zu beseitigen. Derzeit machen die Länder Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Saarland von dieser Möglichkeit Gebrauch.[96]

[95] Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. November 2000 (BGBl. I S. 1513) in Kraft getreten am 1. August 2013
[96] Rückmeldung der Länder auf die BMG-Befragung im Hinblick auf die Erstellung des Sechsten Pflegeberichts.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Im derzeit im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes (siehe Kap. 2.3.1 und 3.10.5) sind Regelungen enthalten, die bundesweit eine schulgeldfreie Ausbildung ermöglichen. Mit einer Neuordnung der Finanzierung über Landesausbildungsfonds sollen zudem die Kosten der Ausbildung auf alle – auch nichtausbildende – Betriebe umgelegt werden, um so Nachteile für ausbildende Betriebe auszugleichen.

3.10.7 Umschulungsmaßnahmen

Mit dem am 19. März 2013 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege wurde die Möglichkeit geschaffen, berufliche Weiterbildungen zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger wieder dreijährig durch die Arbeitsagenturen bzw. die Jobcenter für Eintritte in die Altenpflegeausbildung zu fördern. Gleichzeitig wurden die Möglichkeiten zur Ausbildungsverkürzung für berufliche Weiterbildungen bei Vorliegen entsprechender Vorkenntnisse ausgeweitet. Seitdem hat sich die Zahl der geförderten Umschulungseintritte in der Altenpflege deutlich erhöht (vgl. *Tabelle 61*). Die dreijährige Umschulungsförderung in der Altenpflege wird bis 31. Dezember 2017, d. h. bis zum geplanten Beginn der neuen generalistischen Pflegeausbildung Anfang 2018, verlängert.

Tabelle 61: Anzahl der Umschulungen zur Pflegefachkraft in der Altenpflege 2011-2015

Jahr	Anzahl der Umschulungen zur Pflegefachkraft in der Altenpflege (absolut)		
	begonnen	abgeschlossen*	absolviert**
2011	3.189	2.786	1.608
2012	3.953	5.094	4.024
2013	7.383	6.781	5.575
2014	7.240	4.389	3.026
2015	6.415	4.750	3.290

* beendet: entweder erfolgreich oder abgebrochen
** mit Prüfung erfolgreich absolviert

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Im Berichtszeitraum haben sich immer weniger Menschen für eine Weiterbildung zur Pflegehilfskraft entschieden. Im Jahr 2011 ließen sich noch 2.447 Menschen, 2015 nur noch 624 in diesem Beruf weiterbilden. Im gleichen Zeitraum entschieden sich hingegen vermehrt Menschen für eine Weiterbildung zur Altenpflegefachkraft. Die Möglichkeit der dreijährig geförderten Weiterbildung zur Altenpflegefachkraft sowie die bessere Bezahlung als Pflegefachkraft scheinen erhebliche Anreize zur Qualifizierung zur Fachkraft zu sein. Im Jahr 2015 ließen sich 1.743 Menschen und damit

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

deutlich mehr als im Jahr 2011, in dem sich lediglich 595 für die Weiterbildung entschieden hatten, dahingehend weiterbilden (vgl. *Tabelle* 62). Dies zeigt, dass die Durchlässigkeit und Aufstiegsmöglichkeiten in der Pflege gegeben und attraktiv sind.

Tabelle 62: Anzahl der Weiterbildungen zur Pflegehilfskraft bzw. zur Altenpflegefachkraft 2011-2015

Ausbildungsjahr	Anzahl (absolut) der ...	
	geförderten Weiterbildungen zur Altenpflegehilfskraft	geförderten Weiterbildungen zur Altenpflegefachkraft, bei denen vorher schon die Qualifikation Altenpflegehilfskraft vorlag
2011	2.447	595
2012	2.409	764
2013	1.241	1.536
2014	876	1.743
2015	624	1.743

Quelle: Bundesagentur für Arbeit (Abfrage)

Förderung von Weiterbildungen im Bereich Altenpflege über WeGebAU

Mit dem 2006 initiierten Sonderprogramm „Förderung der Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter Älterer in Unternehmen“ (WeGebAU) fördert die Bundesagentur für Arbeit zudem die betriebliche Weiterbildung von Geringqualifizierten (nach § 81 Abs. 2 und Abs. 5 SGB III) sowie Beschäftigten in kleinen und mittleren Betrieben (nach § 82 SGB III und § 131a SGB III). Ziel ist es, die Qualifikation und damit die Beschäftigungsfähigkeit der Teilnehmenden zu verbessern und ältere Beschäftigte länger im Erwerbsleben zu halten. Zudem soll das Weiterbildungsengagement von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) erhöht werden. Weiterbildungen in der Altenpflege haben sich zu einem Schwerpunkt des Programms entwickelt. So ist der Anteil der über WeGebAU geförderten Qualifizierungen in diesem Bereich seit 2011 von rd. 11 Prozent auf knapp 50 Prozent 2015 gestiegen. Der durchschnittliche Bestand an Teilnehmenden im Sonderprogramm WeGebAU zur beruflichen Weiterbildung zur Altenpflege- Fachkraft erfuhr in den Jahren von 2011 bis 2015 einen Aufwuchs von rund 3.000 auf rund 7.000 Personen. Im Jahr 2015 haben über 3.000 Maßnahmeteilnehmer erfolgreich eine Weiterbildung abgeschlossen.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

3.10.8 Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse

Die Bundesagentur für Arbeit bietet ausländischen Fachkräften eine Perspektive in Deutschland. Eine Zuwanderung aus Staaten außerhalb der Europäischen Union, dem Europäischen Wirtschaftsraums sowie der Schweiz – also den so genannten Drittstaaten – muss aber auch arbeitsmarkt- und integrationspolitisch verantwortbar sein.

Aus diesem Grund wurde auf der Rechtsgrundlage von § 6 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Beschäftigungsverordnung eine Übersicht von Berufen erarbeitet, in denen eine Betätigung in Deutschland grundsätzlich möglich ist (sog. „Positivliste"). Mit der **Positivliste** soll ausländischen Fachkräften in Mangelberufen in Deutschland eine Beschäftigung ermöglicht werden. Grundlage der Positivliste ist die Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit, die halbjährlich die Engpassberufe ermittelt. Danach ist die Nachfrage nach Altenpflegekräften sowie Gesundheits- und Krankenpflegern überdurchschnittlich hoch.[97]

Das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen des Bundes (sog. „Anerkennungsgesetz") gibt Fachkräften aus dem Ausland das Recht, dass ihr Berufsabschluss auf Gleichwertigkeit mit dem deutschen Referenzberuf überprüft wird. Die im Rahmen des Anerkennungsgesetzes erfolgten Anpassungen des Altenpflegegesetzes, und des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes das am 1. April 2012 in Kraft getreten ist, bieten die Grundlage für eine verbesserte Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen im Bereich der Altenpflege und die Möglichkeit, über Ausgleichsmaßnahmen fehlende Qualifikationen zu erwerben.

Laut amtlicher Statistik gab es seit Inkrafttreten des Anerkennungsgesetzes lediglich 195 Anträge auf Anerkennung als Altenpflegerin und Altenpfleger, davon wurden bis Ende 2015 63 Anträge negativ beschieden. Der Beruf der Altenpflegerin bzw. des Altenpflegers stellt in Bezug auf Anerkennungen einen Sonderfall dar. Er entspricht den im Ausland existierenden Studiengängen bzw. Ausbildungsberufen in der Regel nicht, sodass das maßgebliche Anforderungsprofil „examinierte Altenpfleger" welches dem Anerkennungsverfahren zugrunde liegt, im Ausland oftmals keine Entsprechung findet. Daher wird bisher im Regelfall der Beruf des Gesundheits- und Krankenpflegers bzw. -pflegerin als Referenzberuf gewählt. Im Jahr 2015 wurden 5.937 Anträge auf Anerkennung im Beruf des Gesundheits- und Krankenpflegers bzw. -pflegerin gestellt und 4.521 volle Gleichwertigkeiten oder Auflagen einer Ausgleichsmaßnahme ausgesprochen. Ausgleichsmaßnahmen werden in der Regel in Krankenhäusern durchgeführt. Dadurch entstehen Probleme, im Bereich der Altenpflege Fachkräfte über eine Anerkennung zu gewinnen.[98]

[97] www.arbeitsagentur.de/positivliste.

[98] Siehe auch: https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/index.php, Bericht zum Anerkennungsgesetz: https://www.bmbf.de/pub/bericht_zum_anerkennungsgesetz_2015.pdf

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Die Nachfrage bei den medizinischen Gesundheitsberufen bleibt insgesamt hoch. Allein 2015 wurden in dieser Berufsgruppe 12.378 Gleichwertigkeiten oder Ausgleichsmaßnahmen, mit denen eine volle Anerkennung erreicht werden kann, ausgesprochen; darunter 5.574 für Ärzte. In der Altenpflege werden trotz des hohen Bedarfs an Fachkräften und der großen Nachfrage nach Informationen die Möglichkeiten der Anerkennungsverfahren nicht genügend ausgeschöpft.

Mit der im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Reform der Pflegeausbildungen soll auch eine umfassende Lösung zur Anerkennung von ausländischen Berufsqualifikationen erreicht werden. Mit der Zusammenführung der bisher getrennten Ausbildungen kann der neue Pflegeberuf für alle Einsatzbereiche einheitlich als Referenzberuf herangezogen werden.

3.11 Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalten

Die Pflegeversicherung verfolgt das Ziel, alle in Deutschland lebenden und hier krankenversicherten Personen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern. Daher gilt grundsätzlich, dass die Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung ruhen, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Allerdings sieht das SGB XI vor, dass bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr das Pflegegeld weitergezahlt wird.

Bei einem Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, im Bereich des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) bzw. in der Schweiz ist das Pflegegeld auch darüber hinaus exportierbar. Pflegesachleistungsbezug ist hingegen nur in sehr engen Grenzen möglich.

Begutachtungen der Pflegekassen bei Pflegebedürftigen mit Wohnsitz in EU- und EWR-Staaten

Die im Ausland bzw. in den EWR Staaten und der Schweiz lebenden Pflegebedürftigen werden statistisch nicht erfasst. Allerdings liegen Zahlen über die im Ausland durchgeführten Pflegebegutachtungen vor.

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Durchführung der Begutachtung im Ausland werden die gleichen Grundsätze und Maßstäbe wie im Inland angewandt. Die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für die Begutachtung in diesen europäischen Ländern werden innerhalb der Gemeinschaft der MDK aufgeteilt. Es sind im Wesentlichen drei Personenkreise, die im Ausland begutachtet werden:

1. Grenzpendler, die in Deutschland in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

2. Rentner mit Wohnort bzw. gewöhnlichem Aufenthalt in einem anderen EWR-Staat oder der Schweiz.
3. Ehemalige Arbeitsmigranten, die wieder in ihre Heimatländer zurückgekehrt sind und in Deutschland einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung erworben haben.

Die Anzahl der jährlich durchgeführten Begutachtungen hat sich im gesamten Raum des EWR im Jahr 2012, aber insbesondere in den Jahren 2013 und 2014 deutlich erhöht (vgl. *Tabelle 63*). Die Zunahme von Auslandsbegutachtungen in den Jahren 2012 und auch 2013 geht einher mit Änderungen im Leistungsrecht durch das PNG, ist aber in Teilen auch durch Aufnahme Kroatiens in die EU zum 1. Juli 2013 bedingt, die die Zahl der Anspruchsberechtigten erhöht hat.

Bei 6,3 Prozent der Erstantragsteller im Jahr 2014 handelte es sich um Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, bei denen der Hilfebedarf in der Grundpflege unter dem für die Pflegestufe I erforderlichen Mindestwert liegt. Im Inland liegt der Anteil bei 8,0 Prozent. Auffällig ist, dass die höheren Pflegestufen II und III im Ausland deutlich häufiger vergeben werden als im Inland. Pflegestufe II werden im EWR-Ausland bei 32,4 Prozent (Inland 13,3 Prozent) und Pflegestufe III bei 11,6 Prozent (Inland 3,1 Prozent) der Antragsteller vergeben (vgl. *Tabelle* 63). Möglicherweise werden Anträge aus dem Ausland, im Unterschied zum Inland, häufig erst dann gestellt, wenn der Hilfebedarf ausgeprägter ist.

Tabelle 63: Begutachtungen der MDK oder von ihm beauftragte Begutachtungen in Staaten des europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz 2011-2014

		davon			davon in Prozent		
		Nach Gutachtenart			Nach Gutachtenart		
Durchgeführte Begutachtungen (Jahr/Anzahl)		**Erstbegutachtungen**	**Folgebegutachtungen**	**Widersprüche**	**Erstbegutachtungen**	**Folgebegutachtungen**	**Widersprüche**
2011	1.885	1.164	632	89	61,8	33,5	4,7
2012	2.072	1.272	702	98	61,4	33,9	4,7
2013	2.294	1.448	732	114	63,1	31,9	5,0
2014	2.529	1.607	698	224	63,5	27,6	8,9

*alle Angaben inklusive Sonderdienste; die Daten für 2015 liegen noch nicht vor

Quelle: GKV-Spitzenverband

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

4. Ausblick

Im Berichtszeitraum wurde die Pflegeversicherung bereits entscheidend weiterentwickelt. In der aktuellen Legislaturperiode sind jedoch noch zahlreiche weitere Maßnahmen eingeleitet worden, die in den nächsten Jahren Wirkung entfalten werden.

Meilenstein der Reform der Pflegeversicherung: Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) vom 21. Dezember 2015 wurde noch im Berichtszeitraum – am 28. Dezember 2015 – im Bundesgesetzblatt veröffentlicht (Bundesgesetzblatt Teil I, S. 2424). Zum 1. Januar 2017 wird damit ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und auf dieser Grundlage ein neues, verändertes Begutachtungsinstrument eingeführt (siehe Kapitel 2.2).

Zunächst wird mit dem neuen Begutachtungsinstrument der Blick auf die Pflegebedürftigkeit grundlegend verändert: Was zählt, sind der einzelne Mensch und seine Fähigkeit, den Alltag selbständig zu bewältigen. Damit rücken die Fähigkeiten der Betroffenen und nicht mehr die Defizite in den Fokus. Dieser neue Fokus eröffnet schließlich einen nochmals veränderten Blick auf die konkrete Pflege, die der Betroffene erhält. Pflege wird von der aktivierenden zur personenorientierten Pflege hin weiterentwickelt. Wichtige Aspekte des Wohlbefindens des Menschen durch Teilhabe und Selbstbestimmung werden nochmals deutlich verstärkt. Darüber hinaus werden die Leistungen der Pflegeversicherung nochmals deutlich ausgeweitet und für einen größeren Personenkreis als heute zur Verfügung stehen.

So werden mit dem PSG II perspektivisch bis zu 500.000 Menschen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, die bislang keine Ansprüche aus dem SGB XI haben (Pflegebedürftige im neuen Pflegegrad 1). Diesem Personenkreis – dessen Beeinträchtigungen noch vergleichsweise gering sind – werden künftig zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit und der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung (vgl. § 28a SGB XI n. F.) zustehen, ohne dass bereits ein voller Zugang zu allen Leistungen der Pflegeversicherung angezeigt ist.

Die Zusage der Politik, dass kein Pflegebedürftiger durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs schlechter gestellt werden soll, wird eingehalten. Alle dann rund 2,8 Millionen Pflegebedürftigen werden zum 1. Januar 2017 automatisch in einen der fünf neuen Pflegegrade übergeleitet. Menschen mit ausschließlich körperlichen Beeinträchtigungen werden automatisch von ihrer Pflegestufe in den nächst höheren Pflegegrad

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

übergeleitet. Menschen, bei denen ausschließlich oder ergänzend zu ihren körperlichen Beeinträchtigungen eine dauerhafte erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, werden in den übernächsten Pflegegrad überführt. Alle, die bereits Pflegeleistungen erhalten, erhalten diese daher mindestens in gleichem Umfang weiter, die allermeisten erhalten mehr Unterstützung oder müssen – im Falle einer stationären Versorgung – weniger als heute aus eigenen Mitteln zuzahlen.

Darüber hinaus wird mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch der Grundsatz "Reha vor Pflege" gestärkt. Denn durch Rehabilitationsleistungen kann der Eintritt von Pflegebedürftigkeit verhindert oder hinausgezögert werden. Deshalb wurde der Medizinische Dienst zur Anwendung eines bundesweit einheitlichen, strukturierten Verfahrens für die im Rahmen der Begutachtung ggf. zu erstellenden Rehabilitationsempfehlungen verpflichtet.

Der Prozess der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird engmaschig durch ein Begleitgremium, in dem alle beteiligten Akteure sich regelmäßig austauschen und notwendige Maßnahmen verabreden, begleitet. Außerdem erfolgt eine begleitende wissenschaftliche Evaluation insbesondere zu den Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.

Weitere Verbesserungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)
Einige Regelungen des PSG II sind bereits am 1. Januar 2016 in Kraft getreten. So wurden die Informations- und Beratungsmöglichkeiten von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen neu strukturiert und ausgeweitet und die Beratung selbst qualitativ verbessert und somit gestärkt. Es besteht nun ein ausdrücklicher Anspruch auf eine Beratung durch hierfür gesondert qualifizierte Kräfte der Pflegekassen und PSP, und pflegende Angehörige haben einen eigenen Anspruch auf Pflegeberatung erhalten. Die Pflegekassen müssen künftig zudem kostenlose Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen anbieten. Und Empfänger von ambulanten Pflegesachleistungen können künftig ebenfalls Beratungseinsätze vor allem durch ambulante Pflegedienste in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Darüber hinaus soll die Zusammenarbeit der Pflegeberatung mit weiteren Beratungsstellen vor Ort – z. B. der Kommunen – durch verbindliche Landesrahmenverträge verbessert werden.

Außerdem werden durch das PSG II die Regelungen zur Qualitätssicherung, -prüfung und -darstellung grundlegend überarbeitet und die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung in diesem Bereich gestrafft. Die Schiedsstelle Qualitätssicherung nach § 113b SGB XI wird zu einem Qualitätsausschuss und damit zu einem effizienten Verhandlungs- und Entscheidungsgremium umgebildet. Der Ausschuss muss in gesetzlich

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

vorgegebenen Fristen und unterstützt von einer qualifizierten Geschäftsstelle ein neues Verfahren der Qualitätsprüfung vereinbaren und dabei insbesondere Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität berücksichtigen. Zudem soll das Verfahren zur Darstellung der Qualität (sog. „Pflege-TÜV“) grundlegend überarbeitet werden. Die Selbstverwaltung erhält den Auftrag, ein Konzept für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen, z. B. ambulant betreuten Wohngruppen, zu erarbeiten. Um gerade den in der Selbsthilfe organisierten Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung im Qualitätsausschuss noch bessere Mitwirkungsmöglichkeiten zu eröffnen, wird für sie im Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III), das sich zum Berichtszeitpunkt im parlamentarischen Verfahren befand, ein Antragsrecht geregelt.

Zur Finanzierung der umfangreichen Leistungsverbesserungen durch die Pflegestärkungsgesetze I und II war eine Erhöhung des Beitragssatzes der Pflegeversicherung erforderlich. Diese erfolgte in zwei Schritten: Mit dem PSG I wurde der Beitragssatz zum 1. Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte angehoben. Die Mittel aus 0,1 Beitragssatzpunkten, derzeit rd. 1,2 Mrd. Euro pro Jahr, fließen dabei in einen Vorsorgefonds. Die bis dahin aufgebauten Mittel dienen ab Mitte der 2030er Jahre dazu, die im Kontext des demografischen Wandels sonst drohenden Beitragsanstiege abzumildern. Mit dem PSG II und der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgt eine nochmalige Erhöhung des Beitragssatzes der Pflegeversicherung um 0,2 Prozentpunkte, die zu Mehreinnahmen in Höhe von derzeit rd. 2,5 Mrd. Euro führen. Zudem wird die gesetzlich vorgeschriebene Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung um ein Jahr auf 2017 vorgezogen; insgesamt stehen mit dem PSG II daher rd. 3,7 Mrd. Euro pro Jahr zur Finanzierung der erheblichen Leistungsverbesserungen bereit. Die finanzielle Situation der Pflegeversicherung macht es gleichwohl möglich, den Beitragssatz ab 2017 bis in das Jahr 2022 stabil zu halten.

Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III): Beratung vor Ort weiter stärken

Durch die Änderungen der ersten beiden Pflegestärkungsgesetze können Pflegebedürftige und ihre Familien die Leistungen der Pflegeversicherung wesentlich besser an ihre jeweilige Situation anpassen. Damit die Hilfe, die benötigt wird, zügig bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ankommt, sollen im nächsten Schritt die Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege sowohl gesetzlich als auch untergesetzlich umgesetzt werden. Damit wird die Situation pflegebedürftiger Menschen vor Ort weiter gestärkt. Kommunen sollen besser in die Beratung zu Pflegeleistungen einbezogen werden. Sie erhalten deshalb für einen Zeitraum von fünf Jahren das Recht, von den Pflege- und Krankenkassen die Einrichtung von Pflegestützpunkten (PSP) zu verlangen. Darüber hinaus soll in Modellvorhaben erprobt werden, ob

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

andere Formen der Beratung zu Synergieeffekten und Verbesserungen in der Beratung vor Ort führen.

Das PSG III enthält darüber hinaus Regelungen, mit denen der Abrechnungsbetrug in der Pflege besser bekämpft werden kann. Außerdem werden mit dem PSG III die mit Blick auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs notwendigen Änderungen im Recht der Sozialhilfe sowie im Bundesversorgungsgesetz umgesetzt.

Pflegeberufereformgesetz

Eine zukunftsgerechte Berufsausbildung muss die Pflegefachkräfte dazu befähigen, in weiterhin hoher Qualität die pflegerische Versorgung von Menschen über Altersgrenzen hinweg in allen Versorgungsformen sicherzustellen und ihnen gleichzeitig ausreichende berufliche Mobilität und Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen. Dies ist auch Voraussetzung für eine Attraktivitätssteigerung im Berufsfeld Pflege und für einen längeren Verbleib der ausgebildeten Pflegekräfte im Beruf. Im Januar 2016 hat das Bundeskabinett den Gesetzentwurf zur Reform der Pflegeberufe beschlossen und damit das Gesetzgebungsverfahren eingeleitet.

Personalbemessung

Auch die Frage der Personalbemessung wird in den nächsten Jahren eine immer wichtigere Rolle spielen. Denn eine qualitativ und quantitativ belastbare Personalausstattung ist ein wesentlicher Baustein für eine gute Qualität der Pflege.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments muss auch die Selbstverwaltung in der Pflege entsprechende Umstellungsaufgaben wahrnehmen:

Zunächst müssen die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen die Personalstruktur und die Personalschlüssel der Einrichtungen zum 1. Januar 2017 im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs prüfen und auf die Pflegegrade hin neu ausrichten. Die Anpassung erfolgt in der jeweiligen Pflegesatzvereinbarung der stationären Einrichtung. Vorsorglich sichert eine gesetzliche Auffangregelung im PSG II die Überleitung auf das neue Recht, sodass ein reibungsloser Übergang in das neue System in allen ca. 25.000 Diensten und Einrichtungen der Pflege sichergestellt ist.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Parallel dazu sind auf Landesebene die Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung durch die beteiligten Partner der Pflegeselbstverwaltung anzupassen. Dies betrifft insbesondere neben den Regelungen zum Inhalt der Pflegeleistungen auch die dort enthaltenen Vorgaben zur Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Neben diesem unmittelbaren Auftrag haben die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI mit dem PSG II zudem den gesetzlichen Auftrag erhalten, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicherzustellen. Das BMG stimmt sich dabei mit dem Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung ab. Die Entwicklung und Erprobung ist bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen.

Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf sind zum 1. Januar 2015 wesentliche Änderungen für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf im Pflegezeitgesetz, im Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) sowie im SGB XI in Kraft getreten. Der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gemäß § 14 FPfZG eingesetzte Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf befasst sich mit allgemeinen Fragen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, begleitet die Umsetzung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen und berät über deren Auswirkungen. Alle vier Jahre, erstmals zum 1. Juni 2019, wird der Beirat dem BMFSFJ einen Bericht vorlegen und kann hierin Handlungsempfehlungen aussprechen. Darüber hinaus hat das BMFSFJ eine wissenschaftliche Studie zur Untersuchung der mit dem PflegeZG und des FPfZG geschaffenen Möglichkeiten zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf sowie zur Erarbeitung von Empfehlungen für eine mögliche Weiterentwicklung in Auftrag gegeben.

Fazit

Die soziale Pflegeversicherung befindet sich im Wandel: Nicht erst mit dem Ersten und Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurden Anpassungen im Leistungsgeschehen vorgenommen, die deutliche Nachbesserungen aufgrund von Rückmeldungen der Pflegepraxis und auf diverse Studien, Forschungsvorhaben und Erhebungen darstellen. Allerdings konnten erst mit der spürbaren Anhebung des Beitragssatzes um insgesamt 0,5 Prozentpunkte in dieser Legislaturperiode die Weichen für eine grundlegende Reform gestellt werden, die insbesondere den gleichberechtigten Zugang aller Betroffenen zu den Leistungen der Pflegeversicherung ermöglicht. Wie wichtig und akzeptiert dieses sozialpolitisch bislang einmalige Vorhaben ist – immerhin werden die Leistungen der Pflegeversicherung um

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

etwa 20 Prozent erhöht – zeigt die breite Zustimmung aller Bevölkerungsgruppen zu diesen notwendigen Beitragssatzerhöhungen. Als Zustimmungsgrund darf gelten, dass Pflegebedürftigkeit für fast alle Menschen in Deutschland mittelbar oder unmittelbar ein Gesicht und eine Bedeutung hat. Seien es die Enkel, die die pflegebedürftigen Großeltern erleben, oder die Kinder, die Pflege und Beruf vereinbaren müssen, oder aber auch, dass die eigene Pflegebedürftigkeit in den Bereich des Möglichen rückt, weil man selbst bereits das Rentenalter erreicht hat.

Wichtige Faktoren der Pflegeversicherung für die nächsten Jahre werden weiterhin die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung vor Ort, insbesondere in vom demografischen Wandel besonders betroffenen Regionen, das Ziel einer guten Qualität der Leistungserbringung, die Sicherung der dafür erforderlichen Fachkräftebasis, die Verhinderung von betrügerischem Abrechnungsverhalten, die kontinuierliche Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, die weitere Sicherung der Finanzierung sowie die Bezahlbarkeit der Leistungen für alle sein.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AG	Arbeitsgemeinschaft
AltpflG	Altenpflegegesetz
AssPflBEdRG	Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vom 20. Dezember 2012
BA	Bundesanstalt für Arbeit
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
BAFzA	Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben
BB	Brandenburg
BE	Berlin
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren. Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BMUB	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
BRi	Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien)
BUSLAR	Bürgerhilfevereine und Sozialgenossenschaften als Partner der öffentlichen Daseinsvorsorge und Pflege. Modellentwicklung zur ergänzenden Hilfeleistung für ältere Menschen im ländlichen Raum
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Bzw.	beziehungsweise
compass	compass private pflegeberatung GmbH
CompCare	Kompetenzbasiertes Personalmanagement zur Bewältigung des demografischen Wandels - Einführung von Kompetenzmanagement in Unternehmen der Altenpflege
DAP	Diversitygerechte Personalführung in privat-gewerblichen ambulanten Pflegeeinrichtungen
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DEMAS	Entwicklung und empirische Überprüfung eines internetbasierten Schulungsprogramms für Angehörige Demenzkranker

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

DeTaMAKS	Nichtmedikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit Demenz in der Tagespflege mit telefonischer Angehörigen-Kurzintervention zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf
DIW	Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung
DZNE	Forschungszentrum für neurodegenerative Erkrankungen
EDe II	Entlastungsprogramm bei Demenz (II). Optimierung der Unterstützung für nicht erheblich pflegebedürftige Demenzkranke und ihre Angehörigen
Ein-STEP	Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation
E-Learning	Electronic learning
EmoRobot	Emotionen stimulierende Assistenzroboter in der Pflege und Betreuung demenziell erkrankter Menschen in der stationären Langzeitpflege
Etc.	Et cetera
EU	Europäische Union
EUMIP	Verbesserung häuslicher Pflegearrangements: Entwicklung, Erprobung, Verbreitung von Unterstützungsstrukturen für in Haushalten pflegebedürftiger älterer Menschen tätige mittel-osteuropäische Migrant/inn/en
Evaluationsstudie	Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtung-Gesetzes (PNG) und des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) von 2015
e. V.	Eingetragener Verein
evtl.	eventuell
FEM	Freiheitseinschränkende Maßnahmen
Freig.	freigemeinnützig
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz
GD	Generaldirektion
GG	Grundgesetz
Ggf.	gegebenenfalls
GKV-SV	GKV-Spitzenverband (zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland)
HB	Freie und Hansestadt Bremen
HE	Hessen
HH	Freie und Hansestadt Hamburg
HPG	Hospiz- und Palliativgesetz
IAB	Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IBIP	Interkulturelle Brückenbauerinnen in der Pflege
IfSGÄndG	Infektionsschutzgesetz und andere Änderungsgesetze
INDIKA	Indikationsspezifische regional koordinierte nachstationäre Langzeitversorgung von Menschen mit Demenz und/oder Schlaganfall

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

IntegrA-SteP	Integration von Angehörigen in die Sterbebegleitung im Pflegeheim - Standortbestimmung und Konzeptentwicklung
JPND	Joint Programme - Neurodegenerative Disease Reserche
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KiFam	Bewältigung von chronischer Krankheit in der Familie: Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige in Deutschland
KIT	Aufbau von Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit berufstätiger Angehöriger im häuslichen Umfeld durch Kriseninterventionsteams
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KQP	Kontinuierliche Qualitätsprüfung
KURVE	Kultursensible Versorgungsbedürfnisse identifizieren und Chancen nutzen
KZP	Kurzzeitpflege
LeFa	Leben mit Familienanschluss. Implementierung eines Unterstützungsarrangements für ältere Menschen mit Pflegebedarf in ländlichen Sozialräumen in Ostdeutschland
LT-Drs.	Landtagsdrucksachen
MADRIC	IT-gestütztes Monitoring von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in der stationären Altenpflege
MdB	Mitglied des deutschen Bundestages
MDK	Medizinische Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinscher Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MGH	Mehrgenerationenhaus
MILCEA	Monitoring in Long-Term Care Pilot Project on Elder Abuse
Mio.	Millionen
MoPIP	Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären pflege
Mrd.	Milliarden
MS	Mitgliedstaaten
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NGO	Non-Governmental Organization
NI	Niedersachsen
NW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
o. g.	Oben genannt
Öff.	öffentlich
OPEN	Interkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung
openIntelliCare	Offene, intelligente Plattform zur Vitalparameterüberwachung für proaktives Handeln in der häuslichen Pflege
PE	Pflegeeinrichtung(en)

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

PEA	Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PEQ	Projekt für Pflege, Engagement und Qualifizierung (Schulungsmaßnahmen für Ehrenamtliche)
PflEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PflegeTaB	Technik für mehr Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit bei Demenz
Pflege-VG	Pflege-Versicherungsgesetz vom 26. Mai 1994
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PG	Pflegeversicherung - Geschäftsergebnisse
PKV	Verband der Privaten Pflegeversicherung e.V.
PNG	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PSG I	Erstes Pflegestärkungsgesetz
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
PSG III	Drittes Pflegestärkungsgesetz
PPV	private Pflege-Pflichtversicherung
Priv.	privat
PrävG	Präventionsgesetz
PS	Pflegestufe(n)
PTV	Pflege-Transparenzvereinbarung
PM	Pressemitteilung
PURFAM	Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen
QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinien
rd.	rund
ReduFix	Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf
RP	Rheinland-Pfalz
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Sachsen
SOwieDAheim	Pilotprojekt: Entwicklung qualitätsgesicherter Tages- und Kurzzeitpflege
SPV	soziale Pflegeversicherung
ST	Sachsen-Anhalt
StaVaCare	Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix und Outcome
TH	Thüringen
TVAöD	Tarifvertrag für Auszubildende des öffentlichen Dienstes

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

u. a.	unter anderem
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
vzbv	Verbraucherzentrale Bundesverband
WBVG	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz
WEGebAU	Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
z. Zt	zur Zeit

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Anhang

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Anhang A: Forschungsvorhaben und Studien

Forschungsvorhaben zum Kapitel 2
Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Menschen

Projekte des GKV-Spitzenverbandes

INDIKA: Indikationsspezifische regional koordinierte nachstationäre Langzeitversorgung von Menschen mit Demenz und/oder Schlaganfall (2016) *Projektbeschreibung:* http://tinyurl.com/INDIKA-modellprojekt

EDe II: Entlastungsprogramm bei Demenz (II). Optimierung der Unterstützung für nicht erheblich pflegebedürftige Demenzkranke und ihre Angehörigen (2011) *Projektabschlussbericht:* http://tinyurl.com/E-DeII

DEMAS: Entwicklung und empirische Überprüfung eines internetbasierten Schulungsprogramms für Angehörige Demenzkranker *Projektbeschreibung:* http://tinyurl.com/DemenzAnders

DeTaMAKS: Nichtmedikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit Demenz in der Tagespflege mit telefonischer Angehörigen-Kurzintervention zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2017) *Projektbeschreibung:* http://tinyurl.com/DeTaMAKS

PflegeTaB: Technik für mehr Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit bei Demenz (2018) *Projektbeschreibung:* http://tinyurl.com/PflegeTaB

Redezeit: Telefonische Unterstützergruppen von Menschen mit Demenz (2017) *Projektbeschreibung:* http://tinyurl.com/RedezeitDemenz

Projekte des BMFSFJ

Entwicklung eines Konzepts zur Sterbebegleitung von demenzkranken Menschen in stationärer Pflege (2011) *Projektbeschreibung:* http://tinyurl.com/Projekt-SterbebeglDemenz

Projekte des BMBF

Wirkungsanalyse emotionsorientierter Kommunikationsansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz in institutionellen Pflegesituationen *Projektbeschreibung:* http://tinyurl.com/EmotionsorientKomm

Verbund EmoRobot: Emotionen stimulierende Assistenzroboter in der Pflege und Betreuung demenziell erkrankter Menschen in der stationären Langzeitpflege (2016) *Projektbeschreibung:* http://emorobot.inf.h-brs.de/

WEORIENT: Sensomotorische Navigationsassistenz für Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen *Projektbeschreibung:*

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

http://tinyurl.com/bmg-6Pflegebericht

http://tinyurl.com/bmg-6Pflegebericht

SiNDeM: Situationsadaptive Navigationsassistenz für Demenzpatienten auf Basis kausaler Modelle *Projektabschlussbericht:*

Forschungsvorhaben zum Kapitel 2 Punkt 1.3
Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz

Vom BMFSFJ geförderte Projekte

Prävention in der Pflege: Naturheilkundliche Maßnahmen in Senioreneinrichtungen - Naturheilverfahren sind gut in den Pflegealltag integrierbar und können sich positiv auf die Gesundheit von Pflegebedürftigen und Pflegenden auswirken.
Dies zeigt eine Studie, die das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) in Kooperation mit der Charité und dem Kneipp-Bund durchgeführt hat.
Demnach wurden weniger Bedarfsmedikamente in den Kneipp-Seniorenwohnheimen eingesetzt. Zudem ergaben sich Hinweise, dass sich herausforderndes Verhalten von demenzkranken Menschen durch die Anwendung von naturheilkundlichen Maßnahmen reduzieren lässt. Dies wiederum hat eine Senkung des Stressniveaus bei Pflegekräften zur Folge.
Projektbericht:
http://tinyurl.com/Naturheilkunde-Pflegeeinrichtg

Es war einmal... Märchen und Demenz - Nur ein relativ kleiner Anteil demenzerkrankter Personen wird in stationären Einrichtungen versorgt, aber gerade dort finden sich die schwersten Fälle. Für den Umgang mit herausforderndem Verhalten, sei es eher apathisch-depressiv oder agitiert ausgeprägt, gibt es bislang kaum befriedigende Lösungsansätze. Diese Hilflosigkeit belastet Pflegepersonal wie Angehörige gleichermaßen.
Im Rahmen einer auf zwei Jahre angelegten Wirksamkeitsstudie wurde daher geprüft, inwieweit das Märchenerzählen durch professionelle Märchenerzähler für an Demenz erkrankte Menschen in Pflegeeinrichtungen ein geeignetes Mittel im Pflegealltag ist, um das Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen und allgemeines Wohlbefinden messbar positiv zu beeinflussen.
Die lassen positive Trends erkennen:
http://tinyurl.com/Maerchen-Demenz

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Projekt des BMG

Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige in Deutschland - Ziel ist, Erkenntnisse darüber zu erhalten, wie sich die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige darstellt, welche Hilfen ihnen zur Verfügung stehen und ob diese in der gewünschten Weise in Anspruch genommen werden. Die Fördermaßnahme soll hierdurch einen Beitrag zur Entwicklung und Etablierung von Hilfsangeboten für pflegende Kinder und Jugendliche leisten. (2015-2017)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/Kinder-PflegendeAngehoerige

Projekte des BMBF

Verbesserung der häuslichen Versorgung von Palliativpatienten durch Unterstützung pflegender Angehöriger, *Projektabschlussbericht:*
http://tinyurl.com/HaeuslVersorgungPalliativ

IntegrA-SteP: Integration von Angehörigen in die Sterbebegleitung im Pflegeheim - Standortbestimmung und Konzeptentwicklung (2016) *Projektbeschreibung:*
http://tinyurl.com/IntegrA-SteP

KuSeppA - Kultursensible Seniorenpatenschaften für pflegende Angehörige (Migration)
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/Projekt-KuSeppA

KURVE: Qualifizierung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen mit Migrationshintergrund und Pflegefachkräften: kultursensible Versorgungsbedürfnisse identifizieren und Chancen nutzen (2016)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/KURVE-Projekt

Männer als Hauptpflegepersonen in häuslichen Pflegearrangements - Standortbestimmung und Entwicklung von Unterstützungsangeboten *Projektabschlussbericht:*
http://tinyurl.com/MaennerHauptpflegeperson

Forschung in der Palliativversorgung - Versorgungsforschung und klinische Studien
Die am 10.12.2015 bekannt gemachte Förderinitiative wird Fragen zur Palliativversorgung mit unmittelbarem Patientenbezug aufgreifen und zu deren Lösung beitragen. Besondere Beachtung soll die Einbindung von Patienten sowie der Pflegenden und Angehörigen erfahren.
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/ForschungPalliativversorgung

Projekt des GKV-Spitzenverbandes

KIT: Aufbau von Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit berufstätiger Angehöriger im häuslichen Umfeld durch Kriseninterventionsteams
(>*Diese Studie wurde wegen fehlender Zielerreichung vorzeitig zum 30.04.2012 beendet.)*
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/KIT-Projekt

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Forschungsvorhaben zum Kapitel 2. Punkt 3.1
Gewinnung und Erhalt von Pflegepersonal

Projekte des BMBF

Oberkörperorthese zur Entlastung des Pflegepersonals bei körperlich belastenden Pflegeabläufen
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/OberkoerperortheseEntlastung

Dynasens - Dynamische sensorgestützte Personaleinsatz- und Tourenplanung in der ambulanten Pflege (2015)
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/bmg-6Pflegebericht

Witra Pflege - Implizites Wissen beruflich Pflegender sichtbar machen (2015)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/WitraPflege

Gesund Altern im Altenpflegeberuf
durch salutogenes Personalmanagement (2013-2016)
Projektbeschreibung: http://tinyurl.com/GesundAlternPflegeberuf

DAP - Diversitygerechte Personalführung in privat-gewerblichen ambulanten Pflegeeinrichtungen. Nachhaltige Betriebsführung zum Erhalt der Employability berufserfahrener Arbeitnehmer
(>*Diese Studie wurde vorzeitig beendet)*
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/DiversityPersonalfuehrung

CompCare - Kompetenzbasiertes Personalmanagement zur Bewältigung des demografischen Wandels - Einführung von Kompetenzmanagement in Unternehmen der Altenpflege (2017)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/CompCare-Projekt

Netzwerkorientierte Konzepte betrieblicher Familienpolitik im Bereich der Pflege (2016)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/Netzwerk-Betrieb-Familien

EUMIP - Verbesserung häuslicher Pflegearrangements: Entwicklung, Erprobung, Verbreitung von Unterstützungsstrukturen für in Haushalten pflegebedürftiger älterer Menschen tätige mittel-osteuropäische Migrant/inn/en (2017)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/EUMIP

Herausforderung Pflege „Modelle und Strategien zur Stärkung des Berufsfeldes Altenpflege“ (2013)
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/HerausforderungPflege

Projekte des BMFSFJ

Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege - Ausbildungspakt in der Altenpflege mit dem Ziel, durch konkrete Maßnahmen zur Stärkung der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung und zur Erhöhung der Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes beizutragen.
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/AuQ-Offensive

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen - Beschreibung der erforderlichen Aufgaben- und Verantwortungsbereiche in der Pflege sowie das dafür notwendige Wissen und Können auf acht voneinander abgrenzbaren Qualifikationsniveaus.
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/AnfQualiRahmen-Pflege

Projekt gefördert vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung

Entgeltstudie - Studie zu den Entgelten und der Teilzeitarbeit der Kranken- und Altenpflege in Deutschland „Was man in den Pflegeberufen verdient“ (2015)
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/Entgeltstudie

Forschungsvorhaben zum Kapitel 2 Punkt 4.1 Verbesserungen für Pflegebedürftige (vorwiegend ambulanter Bereich)

Projekte des BMG

Modellhafte Erprobung des Assistenzsystems „PAUL“ - Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme.
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/TechnischeAssistenzsysteme

Sucht im Alter - Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe (2009-2014)
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/SuchtImAlter

Kompetenznetzwerk zur Entwicklung und Umsetzung quartiersintegrierter Versorgungsansätze (2011-2013) *Projektabschlussbericht:*
http://tinyurl.com/QuartiersbezogeneVersorgung

Multiresistente Erreger bei Patienten ambulanter Pflegedienste im Rhein-Main-Gebiet (2014)
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/MRE-Netz-RheinMain

Leitfaden „Umgang mit multiresistenten Keimen zu Hause und in Pflegeheimen
Leitfadenbroschüre:
http://tinyurl.com/MRSA-Leitfaden

Projekte des GKV-Spitzenverbandes

Daheim aktiv - Modell zur ständigen, aktiven und pflegerischen Betreuung ambulanter Pflegepatienten (2013)
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/bmg-6Pflegebericht

LeFa - Leben mit Familienanschluss. Implementierung eines Unterstützungsarrangements für ältere Menschen mit Pflegebedarf

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

in ländlichen Sozialräumen in Ostdeutschland Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/bmg-6Pflegebericht

Projekt des BMFSFJ

PEQ - Projekt für Pflege, Engagement und Qualifizierung. Schulungsmaßnahmen für Ehrenamtliche: PEQ möchte Akteure vor Ort dazu ermutigen und befähigen, Schulungen für Ehrenamtliche anzubieten und durchzuführen. (2016)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/PEQ-Projekt

Projekte des BMBF

openIntelliCare - Offene, intelligente Plattform zur Vitalparameterüberwachung für proaktives Handeln in der häuslichen Pflege (2016)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/openIntelliCare
Beahome - Beatmungspflege zu Hause (2013-2016)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/BeaHome-Projekt

ReduFix ambulant - Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/ReduFixAmbulant

SANOPSA - Sucht im Alter: Netz- und netzwerkbasiert Optimierung der ambulanten und stationären Pflege (2015)
Projektergebnisse:
http://tinyurl.com/sanopsa-Projektergebnisse

Projekt gefördert vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung

VERA - Interdisziplinäre Untersuchung: Rechtsschutzdefizite und Rechtsschutzpotentiale bei Versorgungsmängeln in der häuslichen Pflege alter Menschen (2014-2017)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/VERA-Untersuchung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Forschungsvorhaben zum Kapitel 2 Punkt 4.2
Weiterentwicklung neuer Wohnformen

Projekt des BMG

Qualität ambulant betreuter Wohngruppen - qualitative Bewertung von ambulant betreuten Wohngruppen, die vor und nach Einführung des PNG gemäß § 45e SGB XI gegründet wurden sowie die Darstellung von Regelungs- und Informationsbedarfen und weiterer Anreize zur Etablierung der neuen Wohngruppen in der Fläche (2014-2016)
Abschlussbericht wird nach Erstellung (voraussichtlich Anfang 2017) unter folgender *URL* zu finden sein:
http://tinyurl.com/bmg-6Pflegebericht

Projekt des BMBF

WGQual - Forschungsbasierte Qualitätsentwicklung zur Stärkung von Lebensqualität und präventiven Potenzialen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/WGQual-Projekt

Projekt gefördert vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung

VERA - Interdisziplinäre Untersuchung: Rechtsschutzdefizite und Rechtsschutzpotentiale bei Versorgungsmängeln in der häuslichen Pflege alter Menschen (2014-2017)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/VERA-Untersuchung

Projekt des GKV-Spitzenverbandes

Expertise zur Bewertung des Versorgungssettings ambulant betreuter Wohngemeinschaften unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (2012) *Projektabschlussbericht*:
http://tinyurl.com/ExpertiseAmbBetreuteWGs

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Forschungsvorhaben zum Kapitel 2 Punkt 5
Verbesserung der voll- und teilstationären Versorgung

Projekte des BMG

PränosInAA - Sektorübergreifende Versorgung alter Menschen zur Prävention von nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen in Altenpflegeheimen *Projektbeschreibung:* http://tinyurl.com/PraenosInAA-Kurzbericht

Entwicklung und Validierung eines vereinfachten Instruments zur Optimierung des Hygienemanagements (ambulant und stationär; 2012-2015)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/OptimierungHygienemanagement

Versorgung sterbender Menschen in der stationären Langzeitpflege - Neuere Untersuchungen zeigen, dass (zu) viele Bewohner von Pflegeeinrichtungen nicht dort sterben, sondern für die Sterbephase im Krankenhaus aufgenommen werden (2015-2017)
Projekteschreibung:
http://tinyurl.com/Sterbephase-Pflegeheim

Projekte des BMBF

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim - eine qualitative Untersuchung der Probleme in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern und die Entwicklung von Verbesserungsstrategien (2012-2015)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/interprof-Pflege

LongFall - Langzeitevaluation des bayrischen Sturzpräventionsprogramms in Pflegeheimen: Aktuelle Forschungsergebnisse zeigten, dass Präventionsmaßnahmen auch im fortgeschrittenen Alter eine nachhaltige Wirkung haben können. Präventionsforschung ist somit ein integraler Bestandteil der Pflegeforschung.
Es konnte nachgewiesen werden, dass sturzbedingte Verletzungen durch ein strukturiertes Training der Bewohner um 20 Prozent reduziert werden konnten. Ziel ist es, die Langzeit-Effektivität und die Langzeit-Kosten des bayrischen Sturzpräventionsprogramms zu analysieren.
Das Projekt begann im Februar 2015 und wird mit rund 330.000 Euro durch das BMBF gefördert. (2015-2017)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/LongFall-Praevention

Mobile geriatrische Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege - Der Grundsatz „Rehabilitation vor und während der Pflege“ soll weiter gestärkt werden. Besonderes Augenmerk liegt auf der Erfassung von Rehabilitationspotentialen im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI (gesonderte Rehabilitationsempfehlung, 2015-2017)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/MobReha-StatPflege

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Projekte des GKV-Spitzenverbandes

MADRIC - IT-gestütztes Monitoring von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in der stationären Altenpflege *Projektbeschreibung:* http://tinyurl.com/MADRIC-Monitoring

StaVaCare-Pilot: Stabilität und Variation des Care-Mix in Pflegeheimen unter Berücksichtigung von Case-Mix und Outcome (2013/2014)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/StaVaCare-PilotProjekt

Projekt des BMFSFJ

Höherer Verbraucherschutz nach dem WBVG - Neue Wohnformen für ältere Menschen und Einrichtungen der Behindertenhilfe: Individuelle Beratung von Pflegebedürftigen bei Eintritt ins Pflegeheim zu Wohn- und Betreuungsverträgen durch Verbraucherzentralen (2013-2015)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/BeratungVertrag

Projekt der BZgA

Kampagnen zum Impfschutz für Pflege- und Betreuungskräfte
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/ImpfschutzPflegepersonal

Forschungsvorhaben zum Kapitel 2 Punkt 6 Beratung und Information

Projekte des GKV-Spitzenverbandes

IBIP - Interkulturelle Brückenbauer in der Pflege. Ziel ist es, Menschen mit Pflegebedarf und Migrationshintergrund niedrigschwellig zu erreichen und kultursensibel über ihre Ansprüche und vorhandene Hilfsangebote aufzuklären und zu beraten. (2015-2018)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/IBIP-Interkulturelle-Br-cken

Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI - Mit dem PfWG wurde die Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI eingeführt und sollte kurzfristig wissenschaftlich evaluiert werden (2011)
Evaluationsbericht:
http://tinyurl.com/Pflegeberatung-Evaluation

PliP - Pflegeberatung ist Problemlösung. Ein Ansatz zur Stärkung der Beratungskompetenz nach § 7a SGB XI (2013-2016)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/PlIP-Projekt

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Projekte des BMBF

OPEN - Interkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung. Ziel ist es, älteren Migranten bessere Zugänge zu Hilfe und Pflege zu eröffnen (2014-2017).
Projektbeschreibung:
http://www.projekt-open.de/

SaferCare - Gewalt gegen Ältere erkennen und vermeiden: Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für Pflegedienste und Pflegeberatung.
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/Projekt-SaferCare

Forschungsvorhaben zum Kapitel 2 Punkt 6.2 Förderung und Stärkung der Pflege vor Ort

Projekt BMBF

BUSLAR - Bürgerhilfevereine und Sozialgenossenschaften als Partner der öffentlichen Daseinsvorsorge und Pflege. Modellentwicklung zur ergänzenden Hilfeleistung für ältere Menschen im ländlichen Raum (2017)
Projektbeschreibung:
http://www.buslar.de/das-projekt/

Forschungsvorhaben zum Kapitel 2 Punkt 8 Qualität in der Pflege

Projekte des BMG

MILCEA: Monitoring in Long-Term Care - Pilot Project on Elder Abuse. Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung. Das Projekt hat eine Sensibilisierung für das Thema und eine Grundlage für eine systematische Prävention geschaffen. (2013-2015)
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/MILCEA-Projekt

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) - Erarbeitung von Qualitätskriterien für die Realisierung der Kurzzeitpflege i. S. einer qualitativ hochwertigen Kurzzeitpflege gem. SGB XI als Klärungsphase, z. B. im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder bei einer krisenhaften Zuspitzung in der häuslichen

Versorgung, mit dem Ziel, vorschnelle Aufnahmen in die stationäre Dauerpflege zu vermeiden. Hierzu gab es auch zwei BMG-Workshops (2013/2014)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/QualiKriterienKZP

Qualität und Qualitätsdefizite in der stationären Langzeitpflege - Vorschläge, wie Nutzer, die Qualität und Qualitätsdefizite in stationären Pflegeeinrichtungen richtig zu beurteilen und aus den verfügbaren Informationen Schlussfolgerungen zu ziehen (2014/2015)

Projekte des BMFSFJ

PURFAM - „Potenziale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen". Es geht um die Entwicklung geeigneter Präventions- und Interventionsmöglichkeiten bezüglich aller Formen von Gewalt in der Versorgung von Menschen mit Demenz in der häuslichen Pflege. Ein Schulungsmodul für ambulante Dienste ist entwickelt und erprobt worden. Das resultierende Manual ist auch im Buchhandel erhältlich.
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/PURFAM-Projekt

Projekte des BMBF

IMPRINT - Das Ziel dieser Studie besteht in der Implementierung und Überprüfung der Wirksamkeit unterschiedlicher Varianten eines Leitlinien-gestützten komplexen Interventionsprogramms zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen in einer großen Gruppe von Pflegeheimbewohnern in vier unterschiedlichen Regionen Deutschlands.
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/Projekt-IMPRINT

Studien in der Versorgungsforschung - Im Rahmen dieses Förderschwerpunkts wurden 12 Projekte mit einer Gesamtsumme von 4,6 Mio. Euro (insgesamt werden 67 Studien mit insgesamt 36 Mio. Euro gefördert) zum Thema Pflegeforschung gefördert. Die Projekte adressieren beispielsweise die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation in Pflegeheimen oder die Vorstellungen und Bedürfnisse älterer türkischer und türkisch-stämmiger Migranten hinsichtlich der Pflege im Alter.
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/BMBF-Versorgungsforschung

Studien der Versorgungs- und Pflegeforschung für ältere und hochbetagte Menschen (Förderinitiative „Gesund - ein Leben lang"): es soll die Grundlage dafür geschaffen werden, dass in der Versorgung und Pflege die Bedürfnisse älterer und hochbetagter Menschen besser berücksichtigt werden.
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/BMBF-GesundEinLebenLang
http://tinyurl.com/Gesund-LebenLang

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Projekt gefördert vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung

Entbürokratisierung der Pflegedokumentation - Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation - wissenschaftlich begleitete Implementierung des Strukturmodells in die Fläche (2014-2017)
Projektbeschreibung:
https://www.ein-step.de/

Projekte des GKV-Spitzenverbandes

SOwieDAheim - Entwicklung qualitätsgesicherter Tages- und Kurzzeitpflege (2006-2011)
Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/TaPf-KZP-SoWieDaheim
Erfassung von Ergebnisqualität der Pflege gerontopsychiatrisch Erkrankter im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfung: Erfassung der Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in der stationären Altenpflege (2015)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/Ergebnisqualitaet-Geronto

Modellhafte Implementierung des Expertenstandard-Entwurfs "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege" *(im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI)*: Ergebnisse aus der modellhaften Umsetzung des Expertenstandards werden Ende 2016 erwartet. Die fachlich konsentierte *Entwurfsfassung des Expertenstandards:*
http://tinyurl.com/Expertenstandard-Mobilitaet
Indikatoren zu Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten Pflege (2014)
Expertise/Projektabschlussbericht:
http://tinyurl.com/bmg-6Pflegebericht

Modellhafte Pilotierung von Indikatoren für Ergebnisqualität in der stationären Pflege *(im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI)* - 15 gesundheitsbezogene Indikatoren sollen modellhaft umgesetzt und hinsichtlich ihrer Eignung und Reichweite geprüft werden. (2015/2016)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/IndikatorenErgebnisquali-Stat

Forschungsvorhaben zum Kapitel 2 Punkt 9
Stärkung der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Behinderung (§ 43a, § 35a SGB XI)

Projekt des GKV-Spitzenverbandes

Verbesserung der Vernetzung von Hilfen für pflegebedürftige Kinder - Modellhafte Erprobung neuer Versorgungsstrukturen durch den Ausbau eines engmaschigen und bedarfsgerechten Netzes von ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen sowie medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Hilfen für pflegebedürftige Kinder (2006-2011)
Projektbeschreibung:
http://tinyurl.com/VernetzungPflegebedKinder

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Chronologie der Ereignisse
im Berichtszeitraum des sechsten Pflegeberichts vom 01.01.2011 bis 31.12.2015

27.06.2011	**Entbürokratisierung in der Pflege**: Einsetzung einer Ombudsfrau (bis 2013)
04.08.2011	Inkrafttreten von **Qualitätsverbesserungen in der Pflege** über das IfSGua-Änderungsgesetz (BGBl. I 2011 Nr. 41 S. 1622)
20.12.2011	**Fünfter Pflegebericht der Bundesregierung** (BT Drs 17/8332)
01.01.2012	**Anhebung einer Reihe von Leistungsansprüchen in der Pflegeversicherung (Grundlage: Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)**
01.01.2012	Inkrafttreten des Gesetzes zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (**Familienpflegezeitgesetz**; BGBl I 2011 Nr. 64 S. 2564)
01.03.2012	Einsetzung des **Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs** durch den Bundesgesundheitsminister
01.03.2012	**Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“** legt Eckpunktepapier vor
24.04.2012	Veröffentlichung **3. Bericht des MDS** nach § 114a Abs. 6 SGB XI (Qualität in der ambulanten und stationären Pflege)
ab 04/2012	Beginn der Projektförderung der **Zukunftswerkstatt Demenz** durch das BMG
19.09.2012	Gründung der **Allianz für Menschen mit Demenz** als Arbeitsgruppe C.2 der Demografiestrategie der Bundesregierung
30.10.2012	Inkrafttreten wichtiger Regelungen des **Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes** (PNG) (BGBl. I 2012 Nr. 51 S. 2246)
13.12.2012	Start der **Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege**
01.01.2013	Inkrafttreten weiterer wichtiger Regelungen des **Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes** (BGBl. I 2012 Nr. 51 S. 2246)
01.01.2013	Inkrafttreten **Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs** in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (BGBl I 2012 Nr. 61 S. 2789)
04.01.2013	Inkrafttreten **Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung** (BGBl I 2012 Nr. 63 S. 2994)
23.03.2013	Inkrafttreten **Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung** (BGBl I 2013 Nr. 15 S. 599)

01.04.2013	Zahnärzte erhalten Pauschale für **Behandlung bewegungseingeschränkter Pflegebedürftiger** (GKV-VStG, BGBl I 2011 Nr. 70 S. 2983)
27.06.2013	Übergabe des **Berichts des Expertenbeirats** zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs an den Bundesgesundheitsminister
25.09.2013	Abschlussbericht: „**Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen**“
11.12.2013	G8-Demenzgipfel in London („Global Action against Dementia“)
08.01.2014	**Ernennung des Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten auch zum Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung**
19.02.2014	Erste **Vorschläge** zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation der Öffentlichkeit vorgestellt
08.04.2014	Start der **Erprobungsstudien** zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und zum neuen Begutachtungsinstrument
15.04.2014	Veröffentlichung des Abschlussberichts zur Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation
17.04.2014	**20 Jahre Pflegeversicherung**
15.09.2014	Verabschiedung der Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ durch die Allianz für Menschen mit Demenz
29.09.2014	Einsetzung der **Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege**
02.12.2014	**Magazin Pflegewelten** des BMG wird präsentiert
09.12 2014	Workshop des BMG zur Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes
15.12.2014	Start des **Projektes zur bundesweiten Einführung einer vereinfachten Pflegedokumentation (Entbürokratisierung)** durch den Pflegebevollmächtigten
01.01.2015	Inkrafttreten des **Ersten Pflegestärkungsgesetzes** (**PSG I**) (BGBl. I 2014 Nr. 61 S. 2222) und damit auch von umfangreichen Leistungsverbesserungen
01.01.2015	Einrichtung des **Pflegevorsorgefonds** (bis 2035)
01.01.2015	Inkrafttreten des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (Änderungen **Familienpflegezeit- und Pflegezeitgesetz**; BGBl. I 2014 Nr. 64 S. 2462)
08.01.2015	**Zwischenbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege**
13.01.2015	**Festakt des Pflegebevollmächtigten**: 20 Jahre Inkrafttreten der Pflegeversicherung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

14.01.2015	Veröffentlichung **4. Bericht des MDS** nach § 114a Abs. 6 SGB XI (Qualität in der ambulanten und stationären Pflege)
27.01.2015	Pflegebevollmächtigter stellt **Studie zu Entgelten und der Teilzeitarbeit der Kranken- und Altenpflege** in Deutschland vor.
17.03.2015	**WHO-Gipfel zu Demenz** in Genf ("First Ministerial Conference on Global Action Against Dementia")
12.05.2015	**Bund-Länder-AG** zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege **legt Empfehlungen** vor.
10.06.2015	Bericht der Bundesregierung zum Anerkennungsgesetz 2015 (BMBF)
25.07.2015	Inkrafttreten der Regelungen zur Vorbereitung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem **Präventionsgesetz** (BGBl. I 2015 Nr. 31 S. 1368)
21.09.2015	Abschlussveranstaltung der vom BMG geförderten **Zukunftswerkstatt Demenz**
27.11.2015	Referentenentwurf für ein **Pflegeberufereformgesetz**
08.12.2015	Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der **Hospiz- und Palliativversorgung** (HPG)
08- 12/2015	**Fachinformationskampagne** (Sammelordner „Praxisseiten Pflege")
17.11.2015	Werkstattgespräch des Pflegebevollmächtigten „Fachkräftepotentiale heben" durch Reduzierung unfreiwilliger Teilzeitarbeit in der Pflege
01.01.2016	**Inkrafttreten der Regelungen des PSG II zum Qualitätsausschuss Pflege, zu Änderungen bei Qualitätsdarstellung und -transparenz sowie zu Verbesserungen in der Beratung**

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Zentrale gesetzliche Maßnahmen
im Berichtszeitraum des sechsten Pflegeberichts vom 01.01.2011 bis 31.12.2015

Maßnahme	Folgen
04.08.2011: Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze	
Schiedsstellenlösung bei der Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen	Zur Konfliktlösung kann die Schiedsstelle angerufen werden
Beteiligung der privaten Krankenversicherung an Prüfungen der Pflegequalität	10 Prozent der Prüfaufträge werden jährlich an den Prüfdienst der privaten Pflegeversicherung vergeben.
Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG)	
Pflegedienste bieten häusliche Betreuung als ambulante Sachleistung an	Bessere Versorgung v. a. von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
Leistungsausweitung für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff: Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung sowie Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen können schon in der sog. „Pflegestufe 0“ beansprucht werden.	Bessere Versorgung von Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz
Erhöhung der Leistungsbeträge für demenziell erkrankte Menschen in den Pflegestufen I und II: Zuschlag auf Pflegegeld: 70 bzw. 85 Euro monatlich, Zuschlag auf ambulante Pflegesachleistungen: 215 bzw. 150 Euro monatlich.	Verbesserung der Versorgung von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Stärkung des Ziels „ambulant vor stationär“
Erweiterung des Anwendungsbereiches des § 87b SGB XI auf den teilstationären Bereich	Zusätzliche Betreuungskräfte in teilstationären Einrichtungen
Bei § 87b SGB XI Betreuungsrelation von 1:25 auf 1:24 verbessert	Weitere zusätzliche Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen
Modellvorhaben nach § 125 SGB XI zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste	Modellerprobung läuft beim GKV-Spitzenverband
Im SGB V wird betont, dass bei anstehenden Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen die besonderen Belange pflegender Angehöriger berücksichtigt werden	Pflegenden Angehörigen wird es erleichtert, an einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Maßnahme	Folgen
Pflegegeld wird für jeweils bis zu vier Wochen je Kalenderjahr hälftig weitergezahlt, wenn Kurzzeit- und Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden	Häusliche Pflege wird gestärkt und Kurzzeit- und Verhinderungspflege können besser in Anspruch genommen werden
Pflegebedürftige Menschen mit Behinderung, die sich überwiegend in Einrichtungen aufhalten, erhalten für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, anteilig volles Pflegegeld	Stärkung der familiären Pflege, Unterstützung des Kontaktes zwischen dem Menschen mit Behinderung und seiner Familie
Einführung eines Zuschlags für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (insbes. selbstorganisierte) i. H. v. 200 Euro monatlich	Förderung neuer Wohnformen; Inanspruchnahme steigt
Einführung einer (befristeten) Anschubfinanzierung für den Umbau der gemeinsamen Wohnung bei Neugründung ambulant betreuter Wohngruppen in Höhe von bis zu 2.500 Euro je pflegebedürftigem Gründungsmitglied, maximal aber 10.000 Euro je Wohngruppe	Förderung neuer Wohnformen
Einführung eines Programms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen	Förderung neuer Wohnformen
Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds werden ohne Berechnung eines zu leistenden Eigenanteils gewährt und bei Verbesserung eines gemeinsamen Wohnumfelds mehrerer Pflegebedürftiger ist der Gesamtzuschussbetrag nicht mehr auf 2.557 Euro je Maßnahme begrenzt, sondern die Zuschüsse können kumuliert werden, maximal bis zu 10.228 Euro je Maßnahme	Entbürokratisierung, Verbesserung der Zuschussgewährung bei zusammenlebenden Pflegebedürftigen; Inanspruchnahme steigt
Die Altersgrenze für die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege für junge Menschen mit Behinderung in „anderen geeigneten Einrichtungen“ wird von 18 auf 25 Jahre angehoben	Erleichterung der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in besonderen Belastungssituationen
Alle Pflegebedürftigen können den Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation in Anspruch nehmen, wenn ihre Pflegeperson in dieser Einrichtung oder in der Nähe eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation bekommt	Mehr Kurzzeitpflege wird in Anspruch genommen

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Maßnahme	Folgen
Rentenversicherungsrechtliche Absicherung ab 14 Stunden wöchentlicher Pflege kann auch durch Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht werden	Mehr pflegende Angehörige sind rentenrechtlich abgesichert
ca. 8 Mio. Euro jährlich speziell zur Förderung der Selbsthilfearbeit	Unterstützung der Selbsthilfearbeit in der Pflege
Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen	bürgerschaftliches Engagement in der Pflege wird gestärkt
Antragsteller haben einen Anspruch auf Übermittlung des MDK-Gutachtens	Transparenz wird erhöht, Pflegebedürftige sind besser informiert (Stärkung Selbstbestimmung
Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung an den Antragsteller mit zusätzlicher Info, dass das Antragsverfahren beim Rehabilitationsträger ausgelöst wird, sofern der Versicherte einwilligt	Mehr Rehabilitationsmaßnahmen werden empfohlen, mehr Maßnahmen werden in Anspruch genommen
Einführung einer Zwei-Wochen-Frist/-Ausgabe eines Beratungsgutscheins	Beratung erfolgt zeitnah
Pflegekasse muss 70 € für jede begonnene Woche bei Fristüberschreitung im Falle von Begutachtungsentscheidungen an den Pflegebedürftigen zahlen	Begutachtung und Bescheid erfolgen in der erforderlichen (5 Wochen- oder verkürzten) Frist
Anreize für medizinische und zahnmedizinische Versorgung in Heimen	Medizinische und zahnmedizinische Versorgung in Heimen hat sich verbessert
Heime haben darüber zu informieren, wie ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie Versorgung mit Arzneimitteln bei ihnen geregelt ist (1.1.2014)	Medizinische und zahnmedizinische Versorgung in Heimen hat sich verbessert
Pflegekassen werden verpflichtet, Versicherte und Angehörige in für sie verständlicher Sprache zu unterrichten	Erhöhte Verständlichkeit der Informationen und der Beratung
Verpflichtung zur Zusammenarbeit für Pflegeversicherung und Sozialhilfeträgern bei Fehlverhalten	Ziel: Fachlicher Austausch und Abstimmung
Einführung einer staatlichen Förderung privater Pflegevorsorge	mehr private Vorsorgeverträge
Stärkung der Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung	Beteiligungsverordnung wurde vom BMG erlassen
Aus der "Kann-Vorschrift“ für Pflegekassen zum Abschluss von Verträgen mit Einzelpflegekräften (auf	Stärkung der Rechtsposition der Pflegebedürftigen zum Abschluss solcher Vereinbarungen

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Maßnahme	Folgen
Wunsch der Pflegebedürftigen) wird eine "Soll-Vorschrift"	
Assistenzpflegegesetz	
Anspruch auf Assistenzpflege auch bei stationärer Behandlung in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen	Erhöhung der Inanspruchnahme von Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen
Weiterzahlung des Pflegegelds sowie der Hilfe zur Pflege während der gesamten Dauer des Aufenthalts in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	Erhöhung der Inanspruchnahme von Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen
Zulässigkeit von Pauschalen bei der Berechnung von Investitionskosten in der Pflege	Vereinfachung des Prüfverfahrens für die Länder bei Landesförderung
GKV-Versorgungsstrukturgesetz	
Zahnärzte erhalten Zuschlag für die Behandlung immobiler Pflegebedürftiger (ab 1.4.2013)	Mehr immobile Pflegebedürftige erhalten Zahnbehandlung
Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)	
Umfassende Dynamisierung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung gemäß § 30 SGB XI	Höhere Leistungen für die Pflegebedürftigen
Ausbau der Leistungen für Menschen mit Demenz. Vollständiger Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, die die häusliche Pflege stärken, auch in der sog. Pflegestufe 0, nun Ansprüche auch auf Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Wohngruppenzuschlag und -anschubfinanzierung	Bessere Versorgung von Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz
Ausbau der Leistungen für Menschen mit Demenz Die Sachleistungszuschläge für demenziell erkrankte Menschen in den Pflegestufen I und II werden auch auf die teilstationäre Tages- und Nachtpflege erstreckt	Bessere Versorgung von Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz
Ausbau der Leistungen für Menschen mit Demenz Alle Leistungen nach § 123 SGB XI werden im Rahmen der Dynamisierung ebenfalls angehoben	Bessere Versorgung von Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz
Tages- und Nachtpflege kann zu 100 Prozent in Anspruch genommen werden ohne Anrechnung auf Pflegegeld, ambulante Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung	Menschen können länger zu Hause bleiben und die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf wird deutlich verbessert
Niedrigschwellige Angebote auch für rein körperlich Pflegebedürftige im Vorgriff auf den neuen PBB	Erhöhung der Inanspruchnahme niedrigschwelliger Leistungen, Stärkung der häuslichen Pflege

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Maßnahme	Folgen
Zusätzliche Entlastungsleistungen werden neu geschaffen	Menschen können länger zu Hause bleiben, Entlastung pflegender Angehöriger
In Höhe von bis zu 40 Prozent des jeweiligen Höchstleistungsbetrags nach den §§ 36 und 123 SGB XI können nicht verausgabte Sachleistungsmittel für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote verwendet werden	Flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten
50 Prozent des Jahresbetrags für Kurzzeitpflege kann für Verhinderungspflege verwendet werden; Zeitgrenze für Verhinderungspflege wird von vier auf sechs Wochen je Kalenderjahr erhöht	Bessere Ausschöpfung der Möglichkeiten, flexiblere Gestaltung, Entlastung pflegender Angehöriger
100 Prozent des Jahresbetrags für Verhinderungspflege kann für Kurzzeitpflege verwendet werden; Zeitgrenze liegt dann bei acht statt vier Wochen je Kalenderjahr	Bessere Ausschöpfung der Möglichkeiten, flexiblere Gestaltung, Entlastung pflegender Angehöriger
Neufassung des § 38a SGB XI (vereinfachte Anwendung, bessere Berücksichtigung anbieterverantworteter WGs, Klärung datenschutzrechtlicher Zweifelsfragen)	Erleichterung der Rechtsanwendung
Zuschuss für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wird auf monatlich 40 Euro erhöht	Entlastung der Pflegebedürftigen
Zuschuss zu Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder des gemeinsamen Wohnumfelds wird auf bis zu 4.000 Euro bzw. bis zu 16.000 Euro je Maßnahme erhöht	Entlastung der Pflegebedürftigen, Stärkung der häuslichen Pflege
Anschubfinanzierung für neu gegründete ambulant betreute Wohngruppen wird entfristet und entbürokratisiert sowie auch für Versicherte in der sog. Pflegestufe 0 geöffnet	Bessere Versorgung für Menschen mit Demenz, Erhöhung der Inanspruchnahme
Kurzzeitpflege kann auch in anderen geeigneten Einrichtungen einschließlich Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nun ganz ohne Altersgrenze in Anspruch genommen werden	Inanspruchnahme dieser Möglichkeit in besonderen Fällen
Klarstellung: tarifliche/kirchenarbeitsrechtliche Entlohnung der Beschäftigten ist in Vergütungsvereinbarungen der Pflegeeinrichtungen in vollem Umfang zu berücksichtigen. Nachweisrecht für die Kostenträger	Vereinfachung bei den Vergütungsverhandlungen Jederzeitige Nachprüfbarkeit der zweckgemäßen Verwendung für die Kostenträger

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Maßnahme	Folgen
Bei § 87b SGB XI Verbesserung der Betreuungsrelation von 1:24 auf 1:20 und Ausweitung auf alle Pflegebedürftigen	Weitere zusätzliche Betreuungskräfte in den Pflegeeinrichtungen
Aufbau des Pflegevorsorgefonds	Glättung/Milderung der Beitragssatzentwicklung ab dem Jahr 2035
Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (Inkrafttreten 1. Januar 2015	
Pflegeunterstützungsgeld für insgesamt bis zu zehn Freistellungstage je Pflegebedürftigem, Berechnung erfolgt analog zum Kinderkrankengeld	Verbesserte Möglichkeiten zur Inanspruchnahme einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz
Präventionsgesetz (Inkrafttreten Juli 2015)	
Ab 2016 beteiligt sich erstmals auch die Pflegeversicherung mit 0,30 Euro pro Versicherten für Prävention in Pflegeeinrichtungen	Präventionsmaßnahmen in der stationären Pflege werden umgesetzt
Vorbereitung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	GKV-Spitzenverband wurde beauftragt, bereits vor Inkrafttreten des PSG II mit der Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien zu beginnen.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Weiterentwicklung in der Pflegeversicherung

Jeder Mensch hat das Recht, in Würde gepflegt zu werden. Um dies zu ermöglichen, benötigen die Pflegenden Zeit für die Pflegeleistungen sowie für persönliche Ansprache und Zuwendung. Pflegende Angehörige und Menschen in Pflegeberufen pflegen täglich mit großem beruflichem und persönlichem Engagement. Wir werden die Rahmenbedingungen für Pflegende und Leistungsanbieter konsequent überprüfen und entbürokratisieren, damit der eigentlichen Pflege am Menschen wieder mehr Zeit eingeräumt wird.
Um den Familien die Chance zu geben, Erwerbstätigkeit und die Unterstützung der pflegebedürftigen Angehörigen besser in Einklang zu bringen, wollen wir mit der Wirtschaft und im öffentlichen Dienst bei Pflege- und Arbeitszeit verbesserte Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entwickeln.
Wir wollen ein Berufsbild in der Altenpflege attraktiver gestalten. Darüber hinaus wollen wir die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisieren und zusammenführen.
Wir werden dafür sorgen, dass ausländische Hilfskräfte ebenso wie pflegende Angehörige oder deutsche Hilfskräfte auch notwendige pflegerische Alltagshilfen erbringen können.
Die Pflege muss sich noch mehr an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren. Durch mehr Transparenz bei Leistungsangeboten, deren Preis und Qualität erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Möglichkeit, Leistungen und Leistungserbringer flexibler auszuwählen. Dabei sollen sie verstärkt zwischen Sachleistungen und Geldleistungen wählen können. Die Förderung des Aufbaus der Pflegestützpunkte läuft aus. Bei der Qualitätsprüfung muss die Ergebnisqualität Vorrang vor der Strukturqualität haben.
Wir wollen eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit. Damit schaffen wir mehr Leistungsgerechtigkeit in der Pflegeversicherung. Es liegen bereits gute Ansätze vor, die Pflegebedürftigkeit so neu zu klassifizieren, dass nicht nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch anderweitiger Betreuungsbedarf (z. B. aufgrund von Demenz) berücksichtigt werden können. Wir werden die Auswirkungen dieser Ansätze auf die Gestaltung der Pflegeversicherung und auch die Zusammenhänge mit anderen Leistungssystemen überprüfen. Spiegelbildlich zu der besseren Abbildung des Leistungsbedarfes müssen Wohn- und Betreuungsformen zur Verfügung stehen, die an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert sind, wie z. B. Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Unser Ziel ist eine ergebnisorientierte und an den Bedürfnissen der Menschen orientierte, selbstbestimmte Pflege.
Die Pflegeversicherung bleibt ein wichtiges Element der sozialen Sicherung. Die Pflegebedürftigen müssen auch künftig angemessene Pflegeleistungen zu einem bezahlbaren Preis erhalten. In der Form der Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung jedoch ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer

nicht erfüllen. Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss. Eine interministerielle Arbeitsgruppe wird dazu zeitnah einen Vorschlag ausarbeiten.

Die Veränderung in der Finanzierung eröffnet Chancen, die Leistungen der Pflegeversicherung langfristig zu dynamisieren und die Pflegebedürftigkeit – auch zugunsten von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie z. B. Demenz – neu zu definieren.

Alle Bemühungen um eine finanzielle Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der Pflegeversicherung entbinden den Einzelnen aber nicht davon, seine Eigenverantwortung und Eigeninitiative zur Absicherung des Pflegerisikos und zur Gestaltung der Pflege wahrzunehmen.

(Quelle: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. LP, Seiten 92-93)

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Pflege muss für alle Menschen, die auf sie angewiesen sind, bezahlbar bleiben.
Wir wollen die Pflegebedürftigkeit besser anerkennen, um die Situation der Pflegebedürftigen, von Angehörigen und Menschen, die in der Pflege arbeiten, zu verbessern. Dazu wollen wir den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Grundlage der Empfehlungen des Expertenbeirates in dieser Legislaturperiode so schnell wie möglich einführen. Insbesondere Menschen mit Demenzerkrankungen sollen damit bessere und passgenauere Leistungen erhalten. Diejenigen, die heute Leistungen erhalten, werden durch die Einführung nicht schlechter gestellt.
Für die Akzeptanz eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist entscheidend, dass keine neuen Ungerechtigkeiten entstehen. Außerdem ist zu vermeiden, dass zu Lasten der Versichertengemeinschaft Kosten anderer Träger auf die Pflegeversicherung verlagert werden.
Wir wollen die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehende Begutachtungssystematik auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität hin erproben und wissenschaftlich auswerten. Auf dieser Grundlage werden anschließend auch die leistungsrechtlichen Bestimmungen in dieser Legislaturperiode umgesetzt.
Die „Allianz für Menschen mit Demenz“ soll Betroffene unterstützen und das Verständnis und die Sensibilität für Demenzerkrankungen fördern. Dafür sollen bereits vorhandene Initiativen auf lokaler Ebene zusammengeführt, gebündelt und gemeinsam weiterentwickelt werden.
Pflege im Sozialraum braucht qualifizierte Dienste und Einrichtungen. Die Pflegearbeit der Angehörigen und Familien, engagierter Bürger und von Ehrenamtlichen soll durch qualifizierte Dienste und Einrichtungen professionell begleitet und ergänzt werden. Zur Stärkung der ambulanten Pflege werden wir die Leistungen im ambulanten und stationären Bereich weiter einander angleichen.
Bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden wir zügig vor allem die schon bestehenden Betreuungsleistungen weiter ausbauen und auf alle Pflegebedürftigen ausdehnen. Bei einem Schlüssel von einer Betreuungskraft auf 20 Pflegebedürftige werden so zum Beispiel in stationären Einrichtungen insgesamt bis zu 45 000 Betreuungskräfte tätig sein.
Weiterhin werden wir die Leistungen der Pflegeversicherung wie die Kurzzeit- und Verhinderungspflege, die Tages- und Nachtpflege sowie die unterschiedlichen Betreuungsformen auch durch die Einführung von Budgets besser und flexibler aufeinander abstimmen.
Im Sinne einer sozialräumlichen Pflege, werden wir die Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen oder die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohnformen ausbauen.
Wir wollen, dass ältere und pflegebedürftige Menschen ihren Alltag in der eigenen Wohnung weitgehend selbstbestimmt bewältigen können. Die Entwicklung von Angeboten altersgerechter Begleitung und technischer Unterstützungssysteme wollen wir daher weiter fördern und sie in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufnehmen.
Zu einer humanen Gesellschaft gehört das Sterben in Würde. Wir wollen die Hospize weiter unterstützen und die Versorgung mit Palliativmedizin ausbauen.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Wer einen anderen Menschen pflegt, braucht dafür Zeit und muss die Pflege mit dem Beruf vereinbaren können. Wir werden die Möglichkeiten des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes unter einem Dach mit Rechtsanspruch zusammenführen und weiterentwickeln, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf besser zu unterstützen.
Die zehntägige Auszeit für Angehörige, die kurzfristig Zeit für die Organisation einer neuen Pflegesituation benötigen, werden wir aufbauend auf der geltenden gesetzlichen Regelung mit einer Lohnersatzleistung analog Kinderkrankengeld koppeln.
Die Hilfen zur Weiterführung des Haushalts wollen wir weiter ausbauen. Wir werden prüfen, ob die Anrechnung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung verbessert werden kann.
In den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sollen künftig Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe stimmberechtigt vertreten sein.
Wir prüfen die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI im Hinblick auf die konsequente Umsetzung der
Grundsätze ambulant vor stationär und Prävention vor Rehabilitation vor Pflege. Wir werden die Finanzierungsverantwortung dort verorten, wo der Nutzen entsteht, um Verschiebebahnhöfe zu beseitigen. Deshalb werden wir auch prüfen, ob die Pflegeversicherung sich an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation beteiligen soll.
Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein und wollen die Pflegeberufe aufwerten. Dokumentationspflichten und Bürokratie müssen auf das Nötigste begrenzt werden.
Der Wechsel zwischen den Berufen in der Pflege muss erleichtert werden. Wir wollen die Pflegeausbildung reformieren, indem wir mit einem Pflegeberufegesetz ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etablieren. Wir wollen die Ausbildungsangebote an staatlichen Berufsfachschulen stärken und die Ausbildung gerecht, einheitlich und gemeinsam finanzieren. Ziel sollte ein transparentes und durchlässiges Aus- und Weiterbildungssystem sein.
Wir prüfen ein verbindliches Verfahren zur Refinanzierung der Ausbildungskosten, um die Kostenbeteiligung aller Einrichtungsträger zu gewährleisten. Der dualen Ausbildung mit Ausbildungsbetrieb und Schule wird zukünftig eine zentrale Bedeutung zukommen.
Die Ausbildung muss für jeden Auszubildenden kostenfrei sein. Die Finanzbeteiligung der Länder an den Ausbildungskosten der Schulen muss auch weiterhin gewährleistet sein. Eine verbindliche und langfristige Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten bei Umschulungsmaßnahmen durch den Bund und die Länder sollte getroffen werden.
Wir wollen die Selbsthilfe-Arbeit, die Angebote der Pflegekassen, Pflegestützpunkte und andere vorhandene Unterstützungsfaktoren und Angebote der Pflegekassen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen besser bündeln und vernetzen. Wir setzen uns für eine Weiterentwicklung des Pflegetelefons zu einem Notruftelefon „Pflege für Angehörige“ ein.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetzt.

Um die Transparenz und Nutzerorientierung im Pflegebereich zu verbessern, müssen Qualitätssicherungsverfahren wissenschaftlichen Standards genügen und kontinuierlich – auch im Hinblick auf eine Entbürokratisierung und ein sektorenübergreifendes Vorgehen – weiterentwickelt und verbindlicher gestaltet werden.

Die Pflege-Transparenzvereinbarung soll mit dem Ziel weiterentwickelt werden, die Qualitätsunterschiede der Einrichtungen für die Verbraucher in Zukunft deutlicher zu machen. Wir werden hier die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner straffen und Blockademöglichkeiten reduzieren.

Wir werden das Verfahren der Veröffentlichung der Ergebnisse der durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. vorgenommenen Qualitätsprüfungen verbessern.

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb haben die Kommunen und die Länder nach dem Pflegeversicherungsgesetz schon jetzt einen wichtigen Beitrag zu leisten.

Wir werden in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit klären, wie die Rolle der Kommunen bei der Pflege noch weiter gestärkt und ausgebaut werden kann. Insbesondere soll geklärt werden, wie die Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden kann. Im Zusammenwirken mit städteplanerischen Instrumenten sollen Sozialräume so entwickelt werden, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Außerdem sollen Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden. Hierfür kommen aufgrund ihres hohen sozialräumlichen Bezugs aufsuchende und begleitende Pflegeberatung insbesondere in Pflegestützpunkten, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Engagierte, die laufende Beratung der Empfänger von Pflegegeld sowie die Beteiligung bei der Leistungsgewährung für Infrastruktur fördernde Maßnahmen in Betracht.

Der paritätische Beitragssatz zur Pflegeversicherung wird spätestens zum 1. Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte erhöht. Aus dieser Erhöhung stehen die Einnahmen von 0,2 Prozentpunkten zur Finanzierung der vereinbarten kurzfristigen Leistungsverbesserungen, insbesondere für eine bessere Betreuung der Pflegebedürftigen sowie der für 2015 gesetzlich vorgesehenen Dynamisierung der Leistungen zur Verfügung. Die Einnahmen aus der weiteren Erhöhung um 0,1 Prozentpunkte werden zum Aufbau eines Pflegevorsorgefonds verwendet, der künftige Beitragssteigerungen abmildern soll. Dieser Fonds wird von der Bundesbank verwaltet.

In einem zweiten Schritt wird mit der Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Beitrag um weitere 0,2 Prozentpunkte und damit insgesamt um 0,5 Prozentpunkte in dieser Legislaturperiode angehoben.

(Quelle: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. LP, Seiten 59-61)

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt.

Anhang F: Große Anfrage/Kleine Anfrage: Pflege im Berichtszeitraum

orab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetz

Vorgangstyp	Titel/Betreff	Datum	BT - Drucksache Nr.
Kleine Anfrage	Ausbau der Pflegeinfrastruktur durch Pflegestützpunkte und Pflegeberatung	28.03.2012	17/9203
Kleine Anfrage	Ortsübliche Vergütung und Mindestlohn in der Pflegebranche	30.03.2012	17/9230
Kleine Anfrage	Pflege-Transparenzvereinbarung (so genannter Pflege-TÜV)	13.09.2012	17/10693
Kleine Anfrage	Sozialstaatliche Verantwortung in ländlichen Räumen	29.01.2013	17/12231
Kleine Anfrage	Zur Bürokratiekostensenkung der Bundesregierung und ihrem 25-Prozent-Abbauziel	15.05.2013	17/13591

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Kleine Anfrage	Abwerbung von Fachkräften aus den Ländern des Südens im Pflege- und Gesundheitsbereich	16.08.2013	17/14579
Kleine Anfrage	Umsetzung des Koalitionsvertrages durch die Bundesregierung im Bereich der Demografiepolitik	26.03.2014	18/942
Kleine Anfrage	Reform der sozialen Pflegeversicherung - Aufbau eines Pflegevorsorgefonds	07.05.2014	18/1374
Kleine Anfrage	Stand und Wirkung der Anschubfinanzierung ambulant betreuter Wohngruppen und Förderung sozialraumorientierter Quartierskonzepte	14.08.2014	18/2357
Kleine Anfrage	Zunehmende Beschäftigung von Frauen	11.02.2015	18/3999
Kleine Anfrage	Einführung und Umsetzung eines neuen Pflegebegriffs	13.03.2015	18/4384

orab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetz

Kleine Anfrage	Abwerbung von Arbeitskräften zur Pflege aus der Republik Moldau	29.07.2015	18/5699
Kleine Anfrage	Stand der Umsetzung des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf	10.08.2015	18/5752
Kleine Anfrage	Pflegearmut in Deutschland	18.08.2015	18/5803
Kleine Anfrage	Stand der Umsetzung des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf	21.12.2015	18/7160

Die jeweiligen Drucksachen finden Sie unter: http://dipbt.bundestag.de/dip21.web/bt

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Anhang G: Tabellen

Tabelle 64: Ausgaben für das Pflegeunterstützungsgeld (kumulierte Quartalswerte) 2015/16

Quartal	Kumulierte Quartalswerte (in Mio. Euro)
03/2015	0,36
06/2015	1,17
09/2015	2,00
12/2015	3,50
03/2016	1,64
06/2016	2,83

Quelle: BMG (PV 45)

orab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetz

Tabelle 65: Verhältnis Versicherte zu Leistungsempfänger in SPV und PPV für 2015

	SPV 2015	PPV 2015
Zahl der Versicherten	71.120.000	9.360.000
Zahl der Leistungsempfänger	2.665.109	178.075
Anteil der Leistungsempfänger an der Zahl der Versicherten (in Prozent)	3,75	1,90

Quelle: BMG

orab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetz

Tabelle 66: Leistungsempfänger der SPV nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt 2011-2015

Leistungsbezieher errechnet auf Basis der Leistungstage-Statistik					
	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Pflegesachleistung	164.447	129.944	132.683	149.623	180.808
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	1.058.768	1.078.782	1.148.866	1.257.010	1.329.588
Kombination von Geld- und Sachleistung	336.704	381.227	403.432	427.684	408.373
Tages- und Nachtpflege	42.311	47.991	57.201	67.863	72.735
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	60.388	74.626	93.022	111.143	128.892
Kurzzeitpflege	17.692	18.548	19.749	20.595	23.853
ambulant insgesamt (einschließlich Mehrfachzählung)	**1.680.310**	**1.731.119**	**1.854.952**	**2.033.919**	**2.144.250**
Vollstationäre Pflege	632.598	645.095	654.011	680.142	676.584
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	81.873	81.414	82.347	85.918	87.963
stationär insgesamt	**714.471**	**726.509**	**736.358**	**766.060**	**764.547**
Insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen)	2.394.781	2.457.628	2.591.310	2.799.978	2.908.797
Struktur der Leistungsempfänger					
	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Pflegesachleistung	6,87%	5,29%	5,12%	5,34%	6,22%
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	44,21%	43,90%	44,34%	44,89%	45,71%
Kombination von Geld- und Sachleistung	14,06%	15,51%	15,57%	15,27%	14,04%
Tages- und Nachtpflege	1,77%	1,95%	2,21%	2,42%	2,50%
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	2,52%	3,04%	3,59%	4,29%	4,43%
Kurzzeitpflege	0,74%	0,75%	0,76%	0,74%	0,82%
ambulant insgesamt (einschließlich Mehrfachzählung)	**70,17%**	**70,44%**	**71,58%**	**72,64%**	**73,72%**

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Vollstationäre Pflege	26,42%	26,25%	25,24%	24,29%	23,26%
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	3,42%	3,31%	3,18%	3,07%	3,02%
stationär insgesamt	**29,83%**	**29,56%**	**28,42%**	**27,36%**	**26,28%**
Insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen 2)	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Quelle: GKV-Spitzenverband (PG 1)

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 67: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung)

Bezeichnung	2011	2012	2013	2014	2015
Einnahmen (in Mrd. Euro)					
Beitragseinnahmen	22,13	22,92	24,86	25,83	30,61
davon					
Beiträge für abhängig Beschäftigte	12,83	13,25	14,37	15,02	17,75
Beiträge für freiwillig in der KV Versicherte	3,19	3,45	3,82	3,98	4,75
Beiträge aus Renten	4,08	4,14	4,41	4,52	5,38
Beiträge für versicherte ALG I-Empfänger	0,31	0,31	0,37	0,37	0,41
Beiträge für versicherte ALG II-Empfänger	0,61	0,61	0,66	0,67	0,79
sonstige Beiträge	1,10	1,16	1,25	1,26	1,53
Sonstige Einnahmen	0,11	0,13	0,09	0,08	0,08
Einnahmen insgesamt	**22,24**	**23,05**	**24,96**	**25,91**	**30,69**
Ausgaben (in Mrd. Euro)					
Leistungsausgaben	20,89	21,86	23,17	24,24	26,64
davon					
Geldleistung	4,74	5,08	5,69	5,94	6,46
Pflegesachleistung	2,98	3,11	3,37	3,56	3,70
Verhinderungspflege	0,44	0,50	0,59	0,68	0,88
Tages-/Nachtpflege	0,21	0,25	0,28	0,31	0,41
Zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	0,33	0,38	0,44	0,48	0,68
Kurzzeitpflege	0,35	0,38	0,41	0,43	0,50
Soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,87	0,89	0,88	0,94	0,96
Hilfsmittel/ Wohnumfeldverbesserung	0,34	0,36	0,44	0,53	0,76
Vollstationäre Pflege	9,71	9,96	10,06	10,26	10,74

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,26	0,26	0,26	0,27	0,28
Stationäre Vergütungszuschläge	0,50	0,54	0,58	0,63	1,03
Pflegeberatung	0,08	0,07	0,07	0,08	0,09
Sonstige Leistungsausgaben	0,06	0,08	0,11	0,12	0,14
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,32	0,34	0,36	0,37	0,37
Verwaltungsausgaben	0,71	0,75	0,79	0,84	0,89
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	0,00	0,00	0,00	0,00	1,10
Sonstige Ausgaben	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	**21,93**	**22,94**	**24,33**	**25,45**	**29,01**
Liquidität (in Mrd. Euro)					
Überschuss der Einnahmen	**0,31**	**0,10**	**0,63**	**0,46**	**1,68**
Überschuss der Ausgaben	---	---	---	---	-----
Investitionsdarlehen an den Bund	---	---	---	---	-----
Mittelbestand am Jahresende	**5,45**	**5,55**	**6,17**	**6,63**	**8,31**
in Monatsausgaben lt. Haushaltsplänen der Kassen	**2,93**	**2,86**	**3,00**	**3,12**	**3,51**
Nachrichtlich: Mittelbestand Pflegevorsorgefonds					**1,09**

Quelle: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (BMG)

orab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetz

Tabelle 68: Begutachtungsaufkommen beim Medizinischen Dienst in den Jahren 2011-2015 (differenziert nach ambulant/stationär/ §43a/ Kinder und Erwachsene)

Jahr/ beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regelbegutachtungen	davon					davon in Prozent				
		Erstbegutachtungen	Höherstufungsgutachten*	Rückstufungsgutachten	Wiederholungsgutachten	Widerspruchsgutachten	Erstbegutachtungen	Höherstufungsgutachten*	Rückstufungsgutachten	Wiegerholungsgutachten	Widerspruchsgutachten
ambulant											
2011	1.021.576	594.057	264.285		87.592	75.642	58,2	25,9		8,6	7,4
2012	1.135.727	665.741	279.289		103.056	87.641	58,6	24,6		9,1	7,7
2013	1.208.638	722.468	294.250		106.178	85.742	59,8	24,3		8,8	7,1
2014	1.199.850	696.171	315.663	317	103.367	84.332	58,0	26,3	0,0	8,6	7,0
2015	1.290.068	775.130	341.105	286	89.819	83.728	60,1	26,4	0,0	7,0	6,5
stationär											
2011	307.729	102.698	161.159		29.971	13.901	33,4	52,4		9,7	4,5
2012	310.247	90.989	177.746		26.681	14.831	29,3	57,3		8,6	4,8
2013	315.997	85.806	185.171		29.702	15.318	27,2	58,6		9,4	4,8
2014	309.567	85.441	186.953	1.223	21.488	14.462	27,6	60,4	0,4	6,9	4,7
2015	311.732	89.652	194.592	998	12.892	13.598	28,8	62,4	0,3	4,1	4,4
§43a SGB XI											
2011	8.851	5.343	1.456		1.801	251	60,4	16,5		20,3	2,8
2012	8.225	4.983	885		2.120	237	60,6	10,8		25,8	2,9
2013	7.796	4.593	1.046		1.928	229	58,9	13,4		24,7	2,9
2014	7.932	4.576	1.375	13	1.764	204	57,7	17,3	0,2	22,2	2,6
2015	8.620	4.803	1.544	7	2.064	202	55,7	17,9	0,1	23,9	2,3

* Bis 2013 Änderungsgutachten. Rückstufungsgutachten sind erst seit dem Berichtsjahr 2014 in der Statistik abgegrenzt. Wurden bis dahin unter dem Begriff Änderungsgutachten gemeinsam mit Höherstufungsgutachten erfasst

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Vorab-Fassung wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 69: Anzahl der insgesamt durchgeführten Regelbegutachtungen von MEDICPROOF differenziert nach Leistungsart (ambulant und stationär) und Gutachtenart sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr (2011-2015)

	ambulant									
	2011		2012		2013		2014		2015	
	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
Erstgutachten	35.463	780	37.792	843	41.858	902	42.252	931	47.679	1.004
Veränderungsgutachten (Höher-, Rückstufungsgutachten)	24.005	329	25.577	303	28.325	318	30.287	325	32.546	341
Wiederholungsgutachten	12.583	1.636	12.792	1.643	13.466	1.780	13.991	1.989	13.788	1.938
Zweitgutachten (Widerspruchsgutachten)	3.359	189	3.853	203	4.109	186	4.264	184	4.685	196
Gesamt**	75.410	2.934	80.014	2.992	87.738	3.186	90.794	3.429	98.698	3.479
	stationär									
	2011		2012		2013		2014		2015	
	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
Erstgutachten	7.636	6	8.046	7	8.349	5	7.884	4	8.535	4
Veränderungsgutachten (Höher-, Rückstufungsgutachten)	14.487	1	15.598	4	16.998	5	17.496	4	18.067	5
Wiederholungsgutachten	4.280	35	3.344	23	3.280	27	3.694	28	3.383	25
Zweitgutachten (Widerspruchsgutachten)	930	2	1.128	2	1.175	2	1.211	1	1.287	0
Gesamt**	27.333	44	28.116	36	29.802	39	30.285	37	31.272	34

*ausschließlich Einstufungsgutachten; **nicht berücksichtigt sind weitere gutachterliche Entscheidungen (z. B. Pflegehilfsmittelgutachten oder Gutachten zur Beurteilung der Alltagskompetenz) die bspw. in 2015 21.287 ausmachten

Quelle: MEDICPROOF

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 70: Anzahl der insgesamt durchgeführten Regelbegutachtungen von MEDICPROOF differenziert nach Leistungsart (ambulant und stationär) und Gutachtenart sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr (2011-2015) in Prozent

	ambulant									
	2011		2012		2013		2014		2015	
	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
Erstgutachten	47%	27%	47%	28%	48%	28%	47%	27%	48%	29%
Veränderungsgutachten (Höher-, Rückstufungsgutachten)	32%	11%	32%	10%	32%	10%	33%	9%	33%	10%
Wiederholungsgutachten	17%	56%	16%	55%	15%	56%	15%	58%	14%	56%
Zweitgutachten* (Widerspruchsgutachten)	4%	6%	5%	7%	5%	6%	5%	5%	5%	6%
Gesamt**	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	stationär									
	2011		2012		2013		2014		2015	
	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
Erstgutachten	28%	14%	29%	19%	28%	13%	26%	11%	27%	12%
Veränderungsgutachten (Höher-, Rückstufungsgutachten)	53%	2%	55%	11%	57%	13%	58%	11%	58%	15%
Wiederholungsgutachten	16%	80%	12%	64%	11%	69%	12%	76%	11%	74%
Zweitgutachten* (Widerspruchsgutachten)	3%	5%	4%	6%	4%	5%	4%	3%	4%	0%
Gesamt**	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: MEDICPROOF

Vorab-Fassung wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 71: Untersuchungsort bei Erstantragstellern (MDK; ohne SMD Knappschaft-Bahn-See) - 2011-2015

Jahr/ Beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regelbegutachtungen	davon in Prozent Gutachten nach		Begutachtungsort bei persönlicher Befunderhebung							
				davon in Prozent							
		Befunderstellung nach Aktenlage	persönlicher Befunderhebung	Privatwohnung	vollstationäre Pflegeeinrichtung	Einrichtung mit §43a-Leistungen	Kurzzeitpflege	Hospiz	Reha-Einrichtung	Krankenhaus	Sonstiges
ambulant											
2011	594.057	9,9	90,1	97,1	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	1,2	0,8
2012	665.741	10,8	89,2	98,4	0,4	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1	0,2
2013	722.468	10,0	90,0	97,7	0,4	0,0	1,6	0,0	0,0	0,1	0,2
2014	696.171	6,6	93,4	97,2	0,4	0,0	1,7	0,0	0,0	0,1	0,6
2015	775.130	6,8	93,2	93,4	0,3	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	4,4
stationär											
2011	102.698	21,6	78,4	3,7	86,2	0,1	1,9	0,7	0,0	5,9	1,5
2012	90.989	21,2	78,8	4,4	90,4	0,1	2,4	1,4	0,0	1,1	0,1
2013	85.806	21,0	79,0	4,3	90,8	0,2	2,5	1,3	0,0	0,7	0,2
2014	85.441	17,5	82,5	4,2	89,1	0,2	3,0	1,2	0,0	0,5	1,8
2015	89.652	15,2	84,8	3,5	90,1	0,2	2,9	1,0	0,0	0,2	2,1
§43a											
2011	5.343	7,7	92,3	9,7	19,4	64,4	0,2	0,1	0,0	3,4	2,7
2012	4.983	22,8	77,2	5,8	19,3	72,5	0,2	0,2	0,0	1,0	0,9
2013	4.593	13,8	86,2	6,1	23,3	68,8	0,2	0,1	0,0	0,4	1,0
2014	4.576	10,6	89,4	5,2	15,4	76,8	0,3	0,4	0,0	0,2	1,6
2015	4.803	7,3	92,7	4,4	17,6	76,2	0,2	0,0	0,0	0,1	1,5

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Jahr/ Beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regelbegutachtungen	davon in Prozent Gutachten nach		Begutachtungsort bei persönlicher Befunderhebung							
				davon in Prozent							
		Befunderstellung nach Aktenlage	persönlicher Befunderhebung	Privatwohnung	vollstationäre Pflegeeinrichtung	Einrichtung mit §43a-Leistungen	Kurzzeitpflege	Hospiz	Reha-Einrichtung	Krankenhaus	Sonstiges
Kinder											
2011	12.291	2,0	98,0	99,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4
2012	14.052	2,0	98,0	99,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
2013	16.106	1,8	98,2	99,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
2014	16.898	1,7	98,3	99,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
2015	18.409	1,5	98,5	96,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	3,6
Erwachsene											
2011	689.807	10,1	89,9	97,1	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	1,2	0,8
2012	747.661	11,0	89,0	98,3	0,4	0,0	1,0	0,0	0,0	0,1	0,2
2013	796.761	10,2	89,8	97,7	0,4	0,0	1,6	0,0	0,0	0,1	0,2
2014	769.290	6,7	93,3	97,1	0,5	0,0	1,7	0,0	0,0	0,1	0,6
2015	851.176	6,9	93,1	93,3	0,3	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	4,4

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Vorab-Fassung - Wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 72: Anzahl der Erstgutachten nach Untersuchungsort und Leistungsart (ambulant und stationär) sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr bei MEDICPROOF in Prozent

ambulant										
	2011		2012		2013		2014		2015	
Erstgutachten	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
persönliche Befunderhebung	96%	100%	96%	100%	97%	100%	97%	100%	98%	100%
Stellungnahme nach Aktenlage	4%	0%	4%	0%	3%	0%	3%	0%	2%	0%
Gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

stationär										
Erstgutachten	2011		2012		2013		2014		2015	
	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
persönliche Befunderhebung	95%	100%	95%	86%	96%	100%	96%	75%	96%	100%
Stellungnahme nach Aktenlage	5%	0%	5%	14%	4%	0%	4%	25%	4%	0%
Gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: MEDICPROOF

orab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 73: Anzahl der Erstgutachten nach Untersuchungsort und Leistungsart (ambulant und stationär) sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 14. Lebensjahr bei MEDICPROOF

ambulant										
	2011		2012		2013		2014		2015	
Erstgutachten	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
persönliche Befunderhebung	34.132	780	36.449	842	40.539	901	41.156	929	46.545	1.004
Stellungnahme nach Aktenlage	1.331	0	1.343	1	1.319	1	1.096	2	1.134	0
Gesamt	35.463	780	37.792	843	41.858	902	42.252	931	47.679	1.004

stationär										
Erstgutachten	2011		2012		2013		2014		2015	
	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
persönliche Befunderhebung	7.246	6	7.614	6	8.001	5	7.607	3	8.212	4
Stellungnahme nach Aktenlage	390	0	432	1	348	0	277	1	323	0
Gesamt	7.636	6	8.046	7	8.349	5	7.884	4	8.535	4

Quelle: MEDICPROOF

orab-Fassung wird durch lektorierte Version ersetz

Tabelle 74: Pflegestufenempfehlung und Feststellung von Eingeschränkter Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen (2011-2015) des MDK (ohne SMD Knappschaft-Bahn-See) in absoluten Zahlen

Jahr/beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regel-Begutachtungen	Nicht pflegebedürftig			Pflegestufe 0			Pflegestufe I		
		Anzahl	davon in Prozent		Anzahl	davon in Prozent		Anzahl	davon in Prozent	
			PEA erhebliche Einschränkung	PEA Einschränkung in erhöhtem Maße		PEA erhebliche Einschränkung	PEA Einschränkung in erhöhtem Maße		PEA erhebliche Einschränkung	PEA Einschränkung in erhöhtem Maße
ambulant										
2011	**594.057**	175.807	0	0	31.936	24.019	7.917	292.488	51.260	26.359
2012	**665.741**	194.340	0	0	37.713	28.849	8.864	355.442	58.100	26.826
2013	**772.468**	215.434	829	186	60.063	45.945	14.118	350.184	58.565	28.005
2014	**696.171**	201.231	401	85	59.053	45.306	13.747	337.928	57.282	26.189
2015	**775.130**	233.171	383	76	70.506	55.194	15.312	366.374	61.774	26.624
stationär										
2011	**102.698**	12.750	0	0	4.902	3.794	1.107	47.682	14.008	6.039
2012	**90.989**	11.457	0	0	4.871	3.777	1.094	43.447	13.873	5.578
2013	**85.806**	10.869	48	14	5.030	3.883	1.147	42.305	13.113	5.093
2014	**85.441**	10.513	40	5	4.968	3.889	1.079	40.258	12.691	4.731
2015	**89.652**	11.187	36	6	5.144	4.070	1.074	41.265	13.338	4.933

Jahr/beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regel-Begutachtungen	Pflegestufe II			Pflegestufe III		
		Anzahl	davon in Prozent		Anzahl	davon in Prozent	
			PEA erhebliche Einschränkung	PEA Einschränkung in erhöhtem Maße		PEA erhebliche Einschränkung	PEA Einschränkung in erhöhtem Maße
ambulant							
2011	**594.057**	75.566	13.866	9.669	18.260	3.197	2.734
2012	**665.741**	79.606	15.387	9510	18.640	4.118	2.118
2013	**772.468**	79.671	15.400	9.517	17.116	3.781	1.945
2014	**18.260**	79.888	16.192	9.017	18.070	4.327	2.221
2015	**775.130**	85.112	17.378	9.626	19.967	4.660	2.431
stationär							
2011	**102.698**	28.959	9.056	6.004	8.405	2.673	2.478
2012	**90.989**	24.890	8.330	4.532	6.324	2.070	1.278
2013	**85.806**	21.843	7.709	3.980	5.760	2.375	1.116
2014	**85.441**	22.881	8.283	4.385	6.820	2.899	1.411
2015	**89.652**	24.569	8.760	4.887	7.488	3.186	1.535

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 75: Pflegestufenempfehlung und Feststellung von Eingeschränkter Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen (2011-2015) des MDK - Anteile

Jahr/ beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regel-Begut-achtungen	Nicht pflegebedürftig			Pflegestufe 0			Pflegestufe I		
		Anteil in Pro-zent	davon in Prozent		Anteil in Prozent	davon in Prozent		Anteil in Pro-zent	davon in Prozent	
			PEA erhebliche Einschränkung	PEA Einschrän-kung in erhöhtem Maße		PEA erhebliche Einschränkung	PEA Einschrän-kung in erhöhtem Maße		PEA erhebliche Einschränkung	PEA Einschrän-kung in erhöhtem Maße
ambulant										
2011	**594.057**	29,6	0,0	0,0	5,4	75,2	24,8	49,2	17,5	9,0
2012	**665.741**	29,2	0,0	0,0	5,7	76,5	23,5	50,4	16,7	8,0
2013	**722.468**	29,8	0,4	0,1	8,3	76,5	23,5	48,5	16,7	8,0
2014	**696.171**	28,9	0,2	0,0	8,5	76,7	23,3	48,5	17,0	7,7
2015	**775.130**	30,1	0,2	0,0	9,1	78,3	21,7	47,3	16,9	7,3
stationär										
2011	**102.698**	12,4	0,0	0,0	4,8	77,4	22,6	46,4	29,4	12,7
2012	**90.989**	12,6	0,0	0,0	5,4	77,5	22,5	47,7	31,9	12,8
2013	**85.806**	12,7	0,4	0,1	5,9	77,2	22,8	49,3	31,0	12,0
2014	**85.441**	12,3	0,4	0,0	5,8	78,3	21,7	47,1	31,5	11,8
2015	**89.652**	12,5	0,3	0,1	5,7	79,1	20,9	46,0	32,3	12,0

Jahr/ beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regel-Begut-achtungen	Pflegestufe II			Pflegestufe III		
		Anteil in Pro-zent	davon in Prozent		Anteil in Pro-zent	davon in Prozent	
			PEA erhebliche Einschränkung	PEA Einschrän-kung in erhöhtem Maße		PEA erhebliche Einschränkung	PEA Einschrän-kung in erhöhtem Maße
ambulant							
2011	**594.057**	12,7	18,3	12,8	3,1	17,5	15,0
2012	**665.741**	12.0	19,3	11,9	2,8	22,1	11,4
2013	**722.468**	11,0	19,3	11,9	2,4	22,1	11,4
2014	**696.171**	11,5	20,3	11,3	2,6	23,9	12,3
2015	**775.130**	11,0	20,4	11,3	2,6	23,3	12,2
stationär							
2011	**102.698**	28,2	31,3	20,7	8,2	31,8	29,5
2012	**90.989**	27,4	33,5	18,2	7,0	32,7	20,2
2013	**85.806**	25,5	35,3	18,2	6,7	41,2	19,4
2014	**85.441**	26,8	36,2	19,2	8,0	42,5	20,7
2015	**89.652**	27,4	35,7	19,9	8,4	42,5	20,5

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 76: Pflegestufenempfehlung und Feststellung von Eingeschränkter Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen (2011-2015) des MDK - Anteile Erwachsene/Kinder

Jahr/Kind/ Erwachsener	Durchgeführte Regel-Begut-achtungen	Nicht pflegebedürftig			Pflegestufe 0			Pflegestufe 1		
		Anteil in Pro-zent	davon in Prozent		Anteil in Pro-zent	davon in Prozent		Anteil in Prozent	davon in Prozent	
			PEA erhebli-che Einschrän-kung	PEA Einschrän-kung in erhöhtem Maße		PEA erhebli-che Einschrän-kung	PEA Einschrän-kung in erhöhtem Maße		PEA erhebliche Ein-schränkung	PEA Einschrän-kung in erhöhtem Maße
Kinder*										
2011	**12.291**	24,5	0,0	0,0	12,0	75,2	24,8	51,8	17,5	9,0
2012	**14.052**	23,8	0,0	0,0	12,4	76,5	23,5	52,6	16,7	8,0
2013	**16.106**	24,0	0,4	0,1	16,2	76,5	23,5	48,3	16,7	8,0
2014	**16.898**	22,8	0,2	0,0	18,9	76,7	23,3	46,9	17,0	7,7
2015	**18.409**	23,9	0,2	0,0	19,4	78,3	21,7	45,0	16,9	7,3
Erwachsene*										
2011	**684.464**	27,1	0,0	0,0	5,2	77,4	22,6	48,8	29,4	12,7
2012	**742.678**	27,3	0,0	0,0	5,5	77,5	22,5	50,0	31,9	12,8
2013	**792.168**	28,1	0,4	0,1	7,9	77,2	22,8	48,6	31,0	12,0
2014	**764.714**	27,2	0,4	0,0	8,0	78,3	21,7	48,4	31,5	11,8
2015	**846.373**	28,4	0,3	0,1	8,5	79,1	20,9	47,2	32,3	12,0

Jahr/Kind/ Erwachsener	Durchgeführte Regel-Begut-achtungen	Pflegestufe 2			Pflegestufe 3		
		Anteil in Pro-zent	davon in Prozent		Anteil in Pro-zent	davon in Prozent	
			PEA erhebli-che Einschrän-kung	PEA Einschrän-kung in erhöhtem Maße		PEA erhebli-che Einschrän-kung	PEA Einschrän-kung in erhöhtem Maße
Kinder*							
2011	**12.291**	10,2	18,3	12,8	1,5	17,5	15,0
2012	**14.052**	9,9	19,3	11,9	1,2	22,1	11,4
2013	**16.106**	10,3	19,3	11,9	1,1	22,1	11,4
2014	**16.898**	9,9	20,3	11,3	1,4	23,9	12,3
2015	**18.409**	10,2	20,4	11,3	1,5	23,3	12,2
Erwachsene*							
2011	**684.464**	15,1	31,3	20,7	3,9	31,8	29,5
2012	**742.678**	13,9	33,5	18,2	3,3	32,7	20,2
2013	**792.168**	12,6	35,3	18,2	2,9	41,2	19,4
2014	**764.714**	13,2	36,2	19,2	3,2	42,5	20,7
2015	**846.373**	12,7	35,7	19,9	3,2	42,5	20,5

*ambulant und stationär

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 77: Pflegestufenempfehlung und Feststellung von Eingeschränkter Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen (2011-2015) von MEDICPROOF ambulant und stationär in absoluten Zahlen

	ambulant						
	2011	2012	2013	2014		2015	
Anzahl*	Erwachsener/Kind	Erwachsener/Kind	Erwachsener/Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
Sog. „Pflegestufe 0“ - Summe	9.278	10.154	12.506	12.094	182	14.341	191
nicht (erheblich) eingeschränkt	7.543	8.133	9.417	9.131	127	10.618	123
erheblich eingeschränkt	1.160	1.503	2.476	2.413	15	3.108	26
im erhöhten Maße eingeschränkt	575	518	613	550	40	615	42
Pflegestufe I - Summe	18.094	19.476	20.868	20.818	532	23.271	570
nicht (erheblich) eingeschränkt	12.955	13.964	14.942	15.918	283	17.719	302
erheblich eingeschränkt	2.443	2.688	3.172	2.958	61	3.470	59
im erhöhten Maße eingeschränkt	2.696	2.824	2.755	1.942	188	2.082	209
Pflegestufe II - Summe	6.886	7.247	7.662	7.142	191	7.787	212
nicht (erheblich) eingeschränkt	3.911	4.138	4.314	4.932	113	5.457	124
erheblich eingeschränkt	1.150	1.203	1.402	1.150	12	1.268	14
im erhöhten Maße eingeschränkt	1.825	1.906	1.946	1.060	66	1.062	74
Pflegestufe III - Summe	1.985	1.758	1.724	1.102	24	1.146	31
nicht (erheblich) eingeschränkt	744	649	615	618	19	618	20
erheblich eingeschränkt	381	350	388	236	2	273	2
im erhöhten Maße eingeschränkt	860	759	721	248	3	255	9

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Anzahl	stationär						
	2011	2012	2013	2014		2015	
	Erwachsener/Kind	Erwachsener/Kind	Erwachsener/Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
Sog. „Pflegestufe 0“ - Summe	809	848	947	860	2	936	2
nicht (erheblich) eingeschränkt	557	594	635	629	0	653	0
erheblich eingeschränkt	169	197	244	184	1	232	2
im erhöhten Maße eingeschränkt	83	57	67	47	1	51	0
Pflegestufe I - Summe	3.205	3.474	3.608	3.376	0	3.659	1
nicht (erheblich) eingeschränkt	1.606	1.772	1.847	2.014	0	2.130	1
erheblich eingeschränkt	785	869	974	823	0	953	0
im erhöhten Maße eingeschränkt	814	834	787	539	0	576	0
Pflegestufe II - Summe	2.780	2.896	3.012	2.734	1	2.971	1
nicht (erheblich) eingeschränkt	787	820	876	1.232	0	1.349	1
erheblich eingeschränkt	748	785	868	743	1	806	0
im erhöhten Maße eingeschränkt	1.245	1.292	1.268	759	0	816	0
Pflegestufe III - Summe	848	835	785	637	0	645	0
nicht (erheblich) eingeschränkt	95	89	86	178	0	187	0
erheblich eingeschränkt	216	220	221	233	0	224	0
im erhöhten Maße eingeschränkt	537	526	478	226	0	234	0

Quelle: MEDICPROOF

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 78: Pflegestufenempfehlung und Feststellung von Eingeschränkter Alltagskompetenz bei Erstbegutachtungen (2011-2015) von MEDICPROOF ambulant und stationär in Anteilen

	stationär						
	2011	2012	2013	2014		2015	
Anzahl	Erwachsener/Kind	Erwachsener/Kind	Erwachsener/Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
Sog. „Pflegestufe 0“ - Summe	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
nicht (erheblich) eingeschränkt	69%	70%	67%	73%	0%	70%	0%
erheblich eingeschränkt	21%	23%	26%	21%	50%	25%	100%
im erhöhten Maße eingeschränkt	10%	7%	7%	5%	50%	5%	0%
Pflegestufe I - Summe	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%
nicht (erheblich) eingeschränkt	50%	51%	51%	60%	-	58%	100%
erheblich eingeschränkt	25%	25%	27%	24%	-	26%	0%
im erhöhten Maße eingeschränkt	25%	24%	22%	16%	-	16%	0%
Pflegestufe II - Summe	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
nicht (erheblich) eingeschränkt	28%	28%	29%	45%	0%	45%	100%
erheblich eingeschränkt	27%	27%	29%	27%	100%	27%	0%
im erhöhten Maße eingeschränkt	45%	45%	42%	28%	0%	27%	0%
Pflegestufe III - Summe	100%	100%	100%	100%	0%	100%	0%
nicht (erheblich) eingeschränkt	11%	11%	11%	28%	-	29%	-
erheblich eingeschränkt	26%	26%	28%	37%	-	35%	-
im erhöhten Maße eingeschränkt	63%	63%	61%	35%	-	36%	-

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Anzahl	ambulant						
	2011	2012	2013	2014		2015	
	Erwachsener/Kind	Erwachsener/Kind	Erwachsener/Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
Sog. „Pflegestufe 0“ - Summe	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
nicht (erheblich) eingeschränkt	81%	80%	75%	76%	70%	74%	64%
erheblich eingeschränkt	13%	15%	20%	20%	8%	22%	14%
im erhöhten Maße eingeschränkt	6%	5%	5%	5%	22%	4%	22%
Pflegestufe I - Summe	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
nicht (erheblich) eingeschränkt	72%	72%	72%	76%	53%	76%	53%
erheblich eingeschränkt	14%	14%	15%	14%	11%	15%	10%
im erhöhten Maße eingeschränkt	15%	15%	13%	9%	35%	9%	37%
Pflegestufe II - Summe	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
nicht (erheblich) eingeschränkt	57%	57%	56%	69%	59%	70%	58%
erheblich eingeschränkt	17%	17%	18%	16%	6%	16%	7%
im erhöhten Maße eingeschränkt	27%	26%	25%	15%	35%	14%	35%
Pflegestufe III - Summe	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
nicht (erheblich) eingeschränkt	38%	37%	36%	56%	79%	54%	65%
erheblich eingeschränkt	19%	20%	23%	21%	8%	24%	6%
im erhöhten Maße eingeschränkt	43%	43%	42%	23%	13%	22%	29%

Quelle: MEDICPROOF

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 79: Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis beim MDK (ohne SMD Knappschaft-Bahn-See)

Durchgeführte Regelbegutachtungen	Durchgeführte Widerspruchsbegutachtungen	davon			davon in Prozent		
		Das Ergebnis des Vorgutachtens wird bestätigt	Aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung des Hilfebedarfs wird eine andere Pflegestufe empfohlen	Zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bestanden bereits die Voraussetzungen für die aktuell empfohlene Pflegestufe	Das Ergebnis des Vorgutachtens wird bestätigt	Aufgrund einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung des Hilfebedarfs wird eine andere Pflegestufe empfohlen	Zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung bestanden bereits die Voraussetzungen für die aktuell empfohlene Pflegestufe
ambulant							
2011	75.642	41.661	15.564	18.417	55,1	20,6	24,3
2012	87.641	49.822	22.025	15.794	56,8	25,1	18,0
2013	85.742	47.478	21.200	17.064	55,4	24,7	19,9
2014	84.332	46.984	20.598	16.750	55,7	24,4	19,9
2015	83.728	46.410	21.001	16.317	55,4	25,1	19,5
stationär							
2011	13.901	5.846	3.561	4.494	42,1	25,6	32,3
2012	14.831	6.185	4.661	3.985	41,7	31,4	26,9
2013	15.318	6.183	4.592	4.543	40,4	30,0	29,7
2014	14.462	5.884	4.412	4.166	40,7	30,5	28,8
2015	13.598	5.435	4.289	3.874	40,0	31,5	28,5
Kinder*							
2011	2.935	1.743	298	894	59,4	10,1	30,5
2012	3.350	2.216	348	786	66,2	10,4	23,5
2013	3.296	2.056	383	857	62,4	11,6	26,0
2014	3.399	2.114	381	904	62,2	11,2	26,6
2015	3.344	2.128	364	852	63,6	10,9	25,5
Erwachsene*							
2011	86.608	45.765	18.821	22.022	52,8	21,7	25,4
2012	99.122	53.787	26.349	18.986	54,3	26,6	19,2
2013	97.764	51.595	25.411	20.758	52,8	26,0	21,2
2014	95.395	50.728	24.644	20.023	53,2	25,8	21,0
2015	93.982	49.696	24.938	19.348	52,9	26,5	20,6

*ambulant und stationär

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 80: Durchschnittliche Bearbeitungsdauer des MDK bei Regelbegutachtungen mit 5-Wochen-Frist; 2011-2015

Jahr/ beantragte Leistungsart	Durchgeführte Regelbegut-achtungen *	davon in Prozent					durchschnittliche Dauer (in Kalendertagen)
		bis 3 Wochen	über 3 bis 4 Wochen	über 4 bis 5 Wochen	über 5 bis 8 Wochen	über 8 Wochen	
ambulant							
2011	809.920	35,6	21,1	15,5	23,6	4,1	27,1
2012	841.506	40,2	21,2	14,6	19,2	4,7	25,8
2013	801.615	70,3	25,1	3,4	1,1	0,2	16,8
2014	750.882	74,1	24,5	1,0	0,3	0,1	16,6
2015	817.859	65,5	32,7	1,1	0,4	0,2	17,7
stationär							
2011	97.536	54,7	18,8	12,2	13,0	1,3	19,6
2012	81.342	53,2	19,9	12,7	12,3	1,9	20,3
2013	58.994	73,6	19,2	4,2	2,3	0,6	15,0
2014	41.667	77,8	19,7	1,6	0,6	0,3	13,6
2015	37.554	70,5	27,2	1,4	0,5	0,3	15,1

* Regelbegutachtungen nach G1.1 und G1.2 der Begutachtungsrichtlinie die unter die in § 18 Abs. 3b SGB XI genannten Regelungen fallen ohne Fälle mit Verzögerungen die durch die MDK nicht zu verantworten sind

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 81: Verzögerungsgründe bei Regelfallbegutachtungen des MDK (ohne SMD Knappschaft-Bahn-See) nach beantragter Leistungsart, die unter die in § 18 Abs. 3b SGB XI genannten Regelungen fallen

	durchgeführte Regelbegutachtungen*	davon mit Verzögerungen im Verfahren, die der MDK nicht zu verantworten hat		Antragsteller im Krankenhaus/ Reha-Einrichtung	Behandlungstermin des Antragstellers	Termin vom Antragsteller abgesagt	Antragsteller nicht angetroffen	Antragsteller umgezogen	Antragsteller mit Wohnsitz im Ausland	Antragsteller verstorben	Abbruch Hausbesuch Grund: Gewalt o. ä.	Abbruch Hausbesuch Grund: Verständigung	Unterlagen verzögert eingetroffen
		Anzahl	in v.H.										
ambulant													
2011	858.342	48.422	5,6	30,5	8,2	39,3	10,2	4,3	ab 2013				7,4
2012	945.030	103.524	11,0	36,1	11,7	38,9	8,6	4,6					6,1
2013	986.538	184.923	18,7	34,5	11,3	35,3	8,0	4,2	0,3	20,2	0,1	0,2	bis 2012
2014	952.169	201.287	21,1	34,9	10,8	37,1	5,9	4,2	0,6	19,1	0,1	0,2	
2015	1.034.925	217.066	21,0	33,4	10,5	39,9	6,3	4,9	0,6	17,3	0,0	0,4	
stationär													
2011	102.698	5.162	5,0	49,4	3,1	27,6	10,2	7,0	ab 2013				2,7
2012	90.989	10.353	11,4	51,7	3,2	17,9	8,8	22,2					4,6
2013	73.243	14.249	19,5	41,8	5,0	13,2	5,0	21,6	1,9	0,0	27,3	0,0	bis 2012
2014	52.994	11.327	21,4	48,4	6,2	15,5	4,8	25,4	0,4	0,1	18,4	0,0	
2015	48.214	10.660	22,1	45,6	6,2	16,8	5,4	30,4	0,1	0,2	17,4	0,0	

Quelle: Daten der Begutachtungsstatistik gemäß § 53a SGB XI

Vorab-Fassung wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 82: Qualitätsprüfungen von Pflegegutachten (§ 53a SGB XI): Anzahl und Anteil differenziert nach Leistungsbereichen (ambulant, stationär) sowie getrennt für Erwachsene und Kinder bis zum 12. Lebensjahr

Pflegegutachten Qualitätssicherung*	2012		2013		2014		2015	
	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind	Erwachsener	Kind
Anzahl ambulant	16.294	2.709	15.681	2.774	19.687	3.003	24.680	3.186
Anzahl stationär	2.319	34	2.394	35	4.295	31	6.160	31
Anzahl insgesamt	18.613	2.743	18.075	2.809	23.982	3.034	30.840	3.217
Anteil ambulant im Verhältnis zu erledigten Gutachten (in Prozent)	13	12	11	2	13	2	16	2
Anteil stationär im Verhältnis zu erledigten Gutachten (in Prozent)	2	0	2	0	3	0	4	0

* inkl. Prüfungen von Pflegehilfsmittelgutachten (keine Erstgutachten)

Quelle: MEDICPROOF

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 83: Brutto- und Nettoausgaben (in Euro) von Hilfe zur Pflege in Deutschland ab 2011 nach Ort der Leistungserbringung 2011-2014

Bruttoausgaben Hilfearten/ Nettoausgaben	2011			2012		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen		außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege	**3 576 779 527**		**2 750 358 563**	**3 720 215 932**	**874 465 288**	**2 845 750 644**
Ausgaben für häusliche Pflege nach § 63 SGB XII in Form von						
Pflegegeld bei erheblicher Pflegebedürftigkeit	46 322 510	46 322 510	-	46 738 834	46 738 834	-
Pflegegeld bei schwerer Pflegebedürftigkeit	34 612 574	34 612 574	-	36 439 856	36 439 856	-
Pflegegeld bei schwerster Pflegebedürftigkeit	24 334 162	24 334 162	-	23 934 537	23 934 537	-
andere Leistungen	721 151 712		-	767 352 042	767 352 042	-
davon:						
angemessene Aufwendungen der Pflegeperson	72 832 348	72 832 348	-	74 032 974	74 032 974	-
angemessene Beihilfen	31 098 223	31 098 223	-	34 543 600	34 543 600	-
Aufwendungen für die Beiträge der Pflegeperson oder der besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung	11 643 526	11 643 526	-	11 977 470	11 977 470	-
Kostenübernahme für Heranziehung einer besonderen						
Pflegekraft	600 545 876			641 860 148	641 860 148	
Hilfsmittel	5 031 731	5 031 731		4 937 847	4 937 847	
Ausgaben für teilstationäre Pflege	16 061 940	-	16 061 940	17 361 758	-	17 361 758
Ausgaben für Kurzzeitpflege	16 838 806	-	16 838 806	17 696 717	-	17 696 717
Ausgaben für stationäre Pflege	2 717 457 831	-	2 717 457 831	2 810 692 180	-	2 810 692 180
darunter:						
„Pflegestufe 0“	292 356 015	-	292 356 015	284 249 372	-	284 249 372
Pflegestufe 1	658 895 867	-	658 895 867	689 996 899	-	689 996 899
Pflegestufe 2	922 973 821	-	922 973 821	968 884 625	-	968 884 625
Pflegestufe 3	774 814 447	-	774 814 447	797 880 620	-	797 880 620
Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege	**3 104 107 012**		**2 302 194 287**	**3 245 092 139**	**850 622 084**	**2 394 470 055**

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Bruttoausgaben Hilfearten/ Nettoausgaben	2013			2014		
	insgesamt	davon		insgesamt	davon	
		außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen		außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
Bruttoausgaben für Hilfe zur Pflege	**3 824 313 163**	**885 030 822**	**2 939 282 341**	**4 007 280 427**	**928 981 987**	**3 078 298 440**
Ausgaben für häusliche Pflege nach § 63 SGB XII in Form von						
Pflegegeld bei erheblicher Pflegebedürftigkeit	44 250 025	44 250 025	-	43 155 819	43 155 819	-
Pflegegeld bei schwerer Pflegebedürftigkeit	34 390 328	34 390 328	-	34 483 997	34 483 997	-
Pflegegeld bei schwerster Pflegebedürftigkeit	24 291 567	24 291 567	-	24 817 500	24 817 500	-
andere Leistungen	782 098 909	782 098 909	-	826 524 671	826 524 671	-
davon:						
angemessene Aufwendungen der Pflegeperson	72 422 359	72 422 359	-	71 020 517	71 020 517	-
angemessene Beihilfen	32 039 186	32 039 186	-	32 968 964	32 968 964	-
Aufwendungen für die Beiträge der Pflegeperson oder der besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung	14 552 937	14 552 937	-	15 159 846	15 159 846	-
Kostenübernahme für Heranziehung einer besonderen						
Pflegekraft	656 093 245	656 093 245	-	701 572 606	701 572 606	
Hilfsmittel	6 991 180	6 991 180	-	5 802 742	5 802 742	
Ausgaben für teilstationäre Pflege	16 882 834	-	16 882 834	18 689 782	-	18 689 782
Ausgaben für Kurzzeitpflege	19 881 203	-	19 881 203	21 473 423	-	21 473 423
Ausgaben für stationäre Pflege	2 902 518 318	-	2 902 518 318	3 038 135 246	-	3 038 135 246
darunter:						
„Pflegestufe 0“	280 825 818	-	280 825 818	271 719 069	-	271 719 069
Pflegestufe 1	718 674 388	-	718 674 388	750 460 184	-	750 460 184
Pflegestufe 2	1 002 044 839	-	1 002 044 839	1 059 025 591	-	1 059 025 591
Pflegestufe 3	835 224 794	-	835 224 794	885 084 323	-	885 084 323
Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege	**3 338 712 964**	**859 335 989**	**2 479 376 975**	**3 502 404 913**	**903 436 619**	**2 598 968 294**

Quelle: Statistisches Bundesamt

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 84: Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege in Deutschland am Jahresende und im Laufe des Jahres ab 2011 bis 2014 nach Ort der Leistungserbringung und Geschlecht

Ort der Leistungserbringung/ Geschlecht	2011		2012		2013		2014	
	am Jahres-ende	im Laufe des Jahres	am Jahresende	im Laufe des Jahres	am Jahres-ende	im Laufe des Jahres	am Jahresende	im Laufe des Jahres
Außerhalb von und in Einrich-tungen [1)]	330.400	423.039	339.392	439.157	341.783	444.012	350.034	452.514
davon:								
männlich	111.513	143.259	116.597	150.996	119.140	155.155	123.921	160.745
weiblich	218.887	279.780	222.795	288.161	222.643	288.857	226.113	291.769
Außerhalb von Einrichtungen [1)]	90.213	120.577	94.872	127.542	96.530	129.568	99.063	131.496
davon:								
männlich	35.093	47.210	37.214	50.376	38.112	51.536	39.425	52.844
weiblich	55.120	73.367	57.658	77.166	58.418	78.032	59.638	78.652
In Einrichtungen [1)]	241.420	307.541	245.868	316.994	246.659	320.086	252.599	326.766
davon:								
männlich	76.815	97.743	79.829	102.464	81.470	105.657	85.095	109.974
weiblich	164.605	209.798	166.039	214.530	165.189	214.429	167.504	216.792

1) Mehrfachzählungen sind nur insoweit ausgeschlossen, als sie aufgrund der Meldungen erkennbar waren.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Vorab-Fassung, wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 85: Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI: Anzahl und Art der Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern - 2013

Bundesland	Ambulante PE	Stationäre PE	Und zwar nach Art und Leistung*		
			Vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege
BW	1.140	1.661	1.475	276	593
BY	1.845	1.751	1.525	80	445
BE	567	378	297	27	81
BB	641	443	323	115	171
HB	111	96	87	20	31
HH	342	193	160	41	31
HE	1.066	815	736	134	201
MV	452	349	245	20	104
NI	1.231	1.778	1.424	96	339
NW	2.377	2.458	2.098	308	468
RP	451	492	443	157	301
SL	112	151	140	60	51
SN	1.052	866	613	91	221
ST	534	517	446	33	84
SH	407	670	612	181	76
TH	417	412	325	32	105
Insgesamt	**12.745**	**13.030**	**10.949**	**1.671**	**3.302**

* Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten sind hier mehrfach berücksichtigt

Quelle: Statistisches Bundesamt

orab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetz

Tabelle 86: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen (ambulant, vollstationär und teilstationär) - 2011

Bundesland	ambulant	vollstationär			teilstationär	
		Insgesamt (einschl. KZP)	Eingestreute KZP/ Abteilung (KZP)*	Solitäreinrichtung der KZP.	Tagespflege	Nachtpflege
BW	1507	1.487	-	55	580	1
BY	1932	1.197	-	38	358	9
HB	112	99	-	22	26	0
HH	357	148	-	2	22	0
HE	1034	713	-	42	195	21
NI	1375	1.524	-	46	253	1
NW	2542	2.098	-	114	437	4
RP	455	434	-	16	238	81
SL	122	146	-	38	45	2
SH	409	630	-	3	84	0
BB	610	321	-	11	144	5
SN	1081	600	-	132	176	2
ST	548	419	-	28	83	14
MV	446	238	-	5	93	0
TH	414	307	-	12	86	1
BE (gesamt)	550	293	-	33	82	0
Summe	13494	10.654	-	597	2902	157

**Erfassung seit 2013*

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 87: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen (ambulant, vollstationär und teilstationär) - 2013

Bundesland	ambulant	vollstationär			teilstationär	
		Insgesamt (einschl. KZP)	Eingestreute KZP/ Abteilung (KZP)	Solitäreinrich-tung der KZP	Tagespflege	Nachtpflege
BW	1.498	1.539	1.381	56	640	18
BY	1.934	1.480	905	30	416	6
HB	114	99	73	19	31	0
HH	353	150	143	2	33	0
HE	1.082	734	623	38	216	18
NI	1.244	1.454	1.139	46	328	1
NW	2.629	2.139	1.829	111	527	4
RP	470	444	423	13	259	80
SL	119	149	79	40	58	3
SH	415	624	549	3	95	0
BB	654	328	190	12	167	6
SN	1.068	622	2	120	214	2
ST	556	450	427	21	99	10
MV	469	235	85	6	110	0
TH	420	332	299	10	107	1
BE (gesamt)	587	286	0	29	83	0
Summe	**13.612**	**11.065**	**8.147**	**556**	**3.383**	**149**

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V.

orab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetz

Tabelle 88: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen (ambulant, vollstationär und teilstationär) - 2015

Bundesland	ambulant	vollstationär			teilstationär	
		Insgesamt (einschl. KZP)	Eingestreute KZP/ Abteilung (KZP)	Solitäreinrichtung der KZP	Tagespflege	Nachtpflege
BW	1563	1.589	1442	56	719	18
BY	2031	1.641	887	31	463	5
HB	117	97	67	20	36	0
HH	359	148	142	2	36	0
HE	1157	802	678	38	243	18
NI	1269	1.480	1154	53	411	2
NW	2814	2.200	1944	110	632	6
RP	512	462	437	12	278	84
SL	119	155	80	36	52	2
SH	435	619	550	3	101	0
BB	711	381	199	12	197	9
SN	1097	652	2	117	276	3
ST	589	479	423	21	147	10
MV	478	244	92	9	136	0
TH	447	355	319	7	140	1
BE (gesamt)	612	292	0	27	87	0
Summe	**14.310**	**11.596**	**8.416**	**554**	**3.954**	**158**

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 89: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen ambulant 2011-2015

Bundesland	Vergütungsvereinbarungen in den Ländern ambulant 2011 -2015				
	2011	2012	2013	2014	2015
BW	1.507	1.454	1.498	1.530	1.563
BY	1.932	1.928	1.934	1.980	2.031
BE	550	563	587	600	612
BB	610	632	654	678	711
HB	112	112	114	117	117
HH	375	359	353	360	359
HE	1.034	1.049	1.082	1.134	1.157
MV	446	458	469	475	478
NI	1.375	1.394	1.244	1.251	1.269
NW	2.542	2.568	2.629	2.711	2.814
RP	455	459	470	485	512
SL	122	119	119	117	119
SN	1.081	1.091	1.068	1.085	1.097
ST	548	545	556	571	589
SH	409	409	415	421	435
TH	414	417	420	431	447
Gesamt	**13.494**	**13.557**	**13.612**	**13.946**	**14.310**

Quelle: GKV-Spitzenverband

orab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetz

Tabelle 90: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen teilstationär 2011-2015

Bundesland	Vergütungsvereinbarungen in den Ländern teilstationär (Tagespflege) 2011-2015				
	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
BW	580	620	640	689	719
BY	358	412	416	435	463
BE	82	81	83	84	87
BB	144	158	167	178	197
HB	26	30	31	33	36
HH	22	28	33	35	36
HE	195	200	216	228	243
MV	93	101	110	124	136
NI	253	301	328	364	411
NW	437	482	527	571	632
RP	238	249	259	264	278
SL	45	53	58	52	52
SN	176	189	214	249	276
ST	83	89	99	118	147
SH	84	87	95	97	101
TH	86	98	107	119	140
Gesamt	**2902**	**3178**	**3383**	**3640**	**3954**

Quelle: GKV-Spitzenverband

orab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetz

Tabelle 91: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen vollstationär (einschl. KZP) 2011-2015

Bundesland	Vergütungsvereinbarungen in den Ländern stationär 2011-2015				
	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
BW	1.487	1.543	1.539	1.565	1.589
BY	1.197	1.424	1.480	1.524	1.641
BE	99	97	99	98	97
BB	148	151	150	148	148
HB	713	697	734	764	802
HH	1.524	1.561	1.454	1.468	1.480
HE	2.098	2.118	2.139	2.168	2.200
MV	434	445	444	453	462
NI	146	146	149	154	155
NW	630	637	624	619	619
RP	321	323	328	330	381
SL	600	614	622	628	652
SN	419	440	450	462	479
ST	238	241	235	238	244
SH	307	325	332	339	355
TH	293	288	286	286	292
Gesamt	**10.654**	**11.050**	11.065	**11.244**	**11.596**

Quelle: GKV-Spitzenverband

orab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetz

Tabelle 92: Fallzahlen der durchgeführten Pflegeberatungen in Pflegekassen sowie compass

	Ersatzkassen					AOK					BKK				
Jahr	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Pflegeberatungen	1.877	1.797	2.093	4.014	5.552	67.700	56.860	53.503	50.599	57.447	30.971	39.310	23.400	18.462	4.319
je 100 Pflegebe-dürftige / (ohne Pflegestufe 0)	0,3	0,3	0,3	0,6	0,7	5,6	4,6	4,3	4,0	4,4	11,9	15,8	8,9	6,6	1,5
Je 100 Versicherte	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,28	0,23	0,22	0,21	0,23	0,24	0,34	0,2	0,16	0,04
	IKK					**KBS**					**LKK**				
Jahr	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Pflegeberatungen	27.319	3.091	3.588	8.817	2.953	0	0	13.763	14.149	6.177	1.677	1.751	1.771	1.522	1.682
je 100 Pflegebe-dürftige / (ohne Pflegestufe 0)	33,9	3,6	3,9	8,7	2,7	0	0	9,7	9,9	4,2	3,7	3,8	3,8	3,2	3,5
Je 100 Versicherte	0,5	0,06	0,07	0,16	0,05	0	0	0,79	0,82	0,36	0,21	0,23	0,24	0,21	0,24

Quelle: amtliche Statistik PG1, PG2, KM1

	compass				
Jahr	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Pflegeberatungen	65.000	75.000	91.070	98.385	116.807
je 100 Pflegebedürftige / (ohne Pflegestufe 0)	44,80%	49,62%	58,07%	60,08%	ausstehend
Je 100 Versicherte	0,67%	0,78%	0,95%	1,04%	1,24

Quelle: COMPASS

orab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetz

Tabelle 93: Gesamtausgaben /davon Personalausgaben (in Euro) der Pflegeberatung der gesetzlichen Pflegekassen sowie compass

	Ersatzkassen					AOK				
Jahr	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Ausgaben (in Euro)	10.894.871	12.402.175	12.472.712	12.245.556	15.940.913	40.495.150	38.713.933	46.348.138	43.083.698	49.194.092
Personal (in Euro)	4.884.524	4.431.033	4.906.863	5.161.945	6.857.003	33.022.359	31.545.800	36.287.982	34.674.818	40.984.918
	BKK					**IKK**				
Jahr	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Ausgaben (in Euro)	6.177.367	4.222.423	6.039.586	8.183.521	7.160.239	1.532.405	1.590.902	2.123.099	3.522.724	3.976.450
Personal (in Euro)	2.955.163	2.212.785	2.548.241	2.076.049	2.792.754	1.264.856	1.335.837	1.210.622	2.149.109	2.654.252
	KBS					**LKK**				
Jahr	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Ausgaben (in Euro)	6.847.579	7.017.044	7.039.492	7.135.492	8.129.028	1.816.627	1.627.101	1.109.401	1.218.562	1.055.359
Personal (in Euro)	6.232.019	6.054.080	6.165.917	6.795.583	6.189.173	1.475.651	1.415.558	937.688	1.098.721	1.029.834

Quelle: amtliche Statistik PV45

	compass				
Jahr	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Ausgaben (in T Euro)	14.041	15.448	15.991	15.544	16.452
Personal (in T Euro)	7.803	8.799	10.043	11.250	12.969

Quelle: compass

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 94: Zahl der von den gesetzlichen Pflegekassen beschäftigten Pflegeberater/innen

	Ersatzkassen			AOK			BKK		
Jahr	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Vollzeitäquiva-lente	138	153	187	544	551	554	65	68	65
Externe Pflege-berater	24	24	24	0	0	0	32	48	59,5
	IKK			KBS			LKK		
Jahr	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Vollzeitäquiva-lente	21	21	21	96	100	97	22	22	17
Externe Pflege-berater*	1	1	1	0	0	0	0,75	0,75	0,75

*als externe Pflegeberater/innen nach § 7a SGB XI mit denen die Pflegekassen Kooperationsverträge geschlossen haben
Quelle: Abfrage bei den Kassenverbänden, für 2014 und 2015 keine valide Beantwortung der Frage möglich

Tabelle 95: Zahl der von compass beschäftigten Pflegeberaterinnen (Vollzeitäquivalente / Köpfe) 2011-2015

	compass				
Jahr	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Vollzeitäquivalente	187,06	198,49	224,06	247,67	284,47
Köpfe	195	208	241	259	295

Quelle: compass

orab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetz

Tabelle 96: Anzahl der Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Abs. 2 SGB XI

Bundesland	2011	2012	2013	2014	2015
BW	60*	k. A.	k. A.	k. A.	ca. 150
BY	2*	k. A.	k. A.	k. A.	ca. 40
BE	0	1	1	2	2
BB	0	0	0	0	0
HB	0	0	0	0	0
HH	0	0	0	0	0
HE	0	0	0	0	1
MV	0	0	0	0	0
NI	5*	0	0	0	0
NW	0	0	0	10	0
RP	0	0	0	0	0
SL	0	0	0	0	0
SN	5	8	13	17	20
ST	0	0	0	0	0
SH	0	0	0	0	0
TH	0	0	0	0	0
Gesamt	**5**	**9**	**14**	**29**	**ca. 213**

**Zahlen sind aus dem 5. Pflegebericht der Bundesregierung (Stand: Mitte 2011)*

Quelle: GKV-Spitzenverband

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 97: Durchschnittliche Pflegesätze (in Euro) teilstationär - 2015 (Stand 01.07.2015)

Bundesland	Pflegestufe I pro Tag	Pflegestufe II pro Tag	Pflegestufe III pro Tag	Unterkunft pro Tag	Verpflegung pro Tag	Investitionskosten (Bewohner) pro Tag
BW	35,50	45,67	53,11	4,15	4,17	6,21
BY	24,75	33,72	42,82	4,87	7,00	5,55
BE	54,53	56,36	59,79	5,86	3,84	6,29
BB	25,16	35,85	68,85	6,67	3,61	5,21
HB	31,06	37,24	43,47	6,25	4,17	10,89
HH	43,25	45,37	47,48	8,60	4,61	7,10
HE	44,17	47,88	71,45	7,17	6,59	9,11
MV	30,80	42,09	55,41	4,56	4,51	4,34
NW	44,94	47,12	49,38	9,68	7,43	7,66
NI	36,35	42,53	49,49	9,06	4,01	10,46
RP	32,99	39,49	50,96	8,76	4,79	6,38
SL	35,85	43,64	52,09	7,17	6,47	5,90
SN	27,53	36,14	41,67	6,10	2,95	5,14
ST	24,58	36,64	47,01	6,94	4,64	4,12
SH	35,31	40,34	45,33	6,46	5,75	9,70
TH	23,46	35,02	43,42	8,69	2,65	7,11
Durchschnitt Bund	**35,57**	**42,19**	**51,15**	**7,24**	**5,11**	**7,03**

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 98: Durchschnittliche Pflegesätze Kurzeitpflege: eingestreute Betten und separate Abteilungen - 2015 (Stand: 01.07.2015)

Bundesland	Pflegestufe I pro Tag	Pflegestufe II pro Tag	Pflegestufe III pro Tag	Unterkunft pro Tag	Verpflegung pro Tag	Investitionskosten (Bewohner) pro Tag
BW	52,21	67,61	86,47	12,65	10,47	13,51
BY	47,57	59,35	68,17	8,75	10,06	12,26
BE	70,01	74,36	78,19	10,8	5,64	10,62
BB	42,33	54,02	73,24	13,35	4,76	8,54
HB	41,81	60,42	73,46	13,73	9,16	16,34
HH	42,86	62,91	83,24	12,7	11,04	17,11
HE	45,82	64,22	82,35	11,8	7,87	16,15
MV	40,25	53,76	69,83	9,39	7,68	11,28
NW	46,54	66,19	85,75	17,09	13,18	17,48
NI	43,36	56,95	70,61	13,04	4,75	15,93
RP	47,83	60,9	82,67	15,84	8,78	13,93
SL	52,16	71,58	90,93	16,47	9,36	14,94
SN	41,59	55,23	72,55	12,31	4,20	7,49
ST	51,49	51,53	51,59	9,95	6,82	9,42
SH	43,95	56,28	68,53	11,41	10,20	15,56
TH	36,31	50,12	66,72	16,38	4,24	10,54
Durchschnitt Bund	**46,62**	**60,99**	**76,43**	**13,32**	**8,59**	**13,67**

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 99: Durchschnittliche Pflegesätze Solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen - 2015 (Stand: 01.07.2015)

Bundesland	Pflegestufe I pro Tag	Pflegestufe II pro Tag	Pflegestufe III pro Tag	Unterkunft pro Tag	Verpflegung pro Tag	Investitionskosten (Bewohner) pro Tag
BW	53,34	65,99	83,61	12,76	10,56	10,66
BY	60,96	69,00	77,70	10,13	11,24	10,86
BE	70,01	74,36	78,19	10,80	5,64	10,29
BB	44,18	56,77	76,31	11,59	5,52	11,06
HB	56,76	62,44	69,25	13,86	9,24	9,45
HH	70,78	81,20	102,17	15,46	12,46	7,39
HE	50,57	69,22	87,86	11,29	7,72	13,36
MV	62,22	80,31	100,35	9,96	8,15	6,86
NW	61,34	83,20	98,49	17,85	13,82	10,55
NI	46,97	60,05	73,09	13,43	4,75	16,80
RP	47,08	55,16	68,59	16,41	8,96	6,66
SL	55,24	74,03	91,92	17,09	9,57	11,65
SN	41,71	55,41	72,76	12,31	4,21	7,41
ST	54,55	55,51	56,20	9,05	6,03	5,45
SH	55,98	70,28	83,96	12,11	9,51	14,18
TH	37,20	51,69	67,59	17,20	3,80	13,29
Durchschnitt Bund	**55,08**	**68,42**	**82,51**	**13,72**	**8,82**	**10,39**

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V.

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 100: Durchschnittliche Pflegesätze vollstationär (inklusive Eigenanteile der Pflegebedürftigen am Heimentgelt) -2015 (Stand: 01.07.2015)

Bundesland	PS I pro Tag	PS II pro Tag	PS III pro Tag	Unterkunft pro Tag	Verpflegung pro Tag	Investitionskosten (Bewohner) pro Tag	Höhe des durchschnittlichen monatlichen Eigenanteils des Pflegebedürftigen am Heimentgelt*			Höhe des durchschnittlichen monatlichen pflegebedingten Eigenanteils des Pflegebedürftigen am Heimentgelt*		
							PS I	PS II	PS III	PS I	PS II	PS III
BW	52,19	67,7	86,66	12,64	10,47	13,49	1.636,99	1.842,81	2.137,57	523,62	728,43	1.024,20
BY	52,93	65,25	75,07	8,94	10,52	12,94	1.531,74	1.640,51	1.657,24	467,74	654,91	671,63
BE	52,85	72,16	85,9	12,11	6,09	11,97	1.461,47	1.782,88	1.918,85	543,70	865,11	1.001,08
BB	42,28	53,96	72,46	13,38	4,74	9,14	1.051,41	1.140,71	1.421,48	222,16	311,46	592,23
HB	38,91	62,25	77,78	13,82	9,21	17,11	1.340,70	1.784,70	1.975,13	119,64	563,65	754,07
HH	42,81	63,01	83,36	12,7	11,03	17,2	1.483,37	1.831,85	2.168,90	238,28	586,76	923,81
HE	45,33	63,35	81,33	11,78	7,85	18,34	1.469,99	1.752,15	2.017,11	314,94	597,11	862,06
MV	38,01	51,64	67,37	9,32	7,63	10,3	921,21	1.069,83	1.266,34	92,26	240,89	437,40
NW	46,18	68,95	85,62	17,12	13,19	17,67	1.800,35	2.227,01	2.452,11	340,80	767,46	992,56
NI	42,84	56,37	70,03	13	4,77	15,9	1.263,43	1.409,02	1.542,55	239,19	384,78	518,31
Nordrhein	47,65	73,54	87,38	17,55	13,53	18,31	1.887,96	2.409,53	2.548,54	385,51	937,09	1.046,10
RP	46,8	60,83	84,2	15,84	8,79	13,89	1.531,43	1.692,23	2.121,14	359,66	520,45	949,36
SL	49,72	69,29	88,48	16,41	9,4	16,12	1.723,99	2.053,31	2.355,07	448,48	777,80	1.079,56
SN	37,32	49,62	67,18	12,28	4,22	10,72	899,31	1.007,47	1.259,65	71,27	179,44	431,62
ST	38,75	51,28	62,06	9,98	6,64	9,47	908,43	1.023,60	1.069,52	114,78	229,94	275,87
SH	44,76	56,12	68,49	11,39	10,18	15,35	1.420,71	1.500,28	1.594,57	297,60	377,17	471,47
TH	36,18	49,96	66,9	16,36	4,24	10,38	979,01	1.132,19	1.365,51	36,60	189,78	423,10
Westfalen-Lippe	44,55	63,87	83,69	16,64	12,81	17,02	1.704,83	2.026,54	2.347,47	291,21	612,93	933,85
Durchschnitt Bund	**44,45**	**61,06**	**77,44**	**13,40**	**8,63**	**14,18**	**1389,80**	**1629,26**	**1845,49**	**288,10**	**527,56**	**743,79**

** Berechnungen basieren auf der Annahme einer Verweildauer eines Gesamtmonats (30,42 Tage)*

Quelle: Verband der Ersatzkassen e. V.

Vorab-Fassung, wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 101: Zahl der Vereinbarungen nach § 87b SGB XI sowie die durchschnittlichen Vergütungszuschläge

Bundesland	Zahl der vollstationären PE ohne Kurzzeitpflege *	Zahl der vollstationären PE mit einer Vergütungsvereinbarung (VV) nach § 87b SGB XI **	Höhe des täglichen Vergütungszuschlages im vollstationären Bereich ***	Zahl der teilstationären PE *		Höhe des täglichen Vergütungszuschlages im teilstationären Bereich ***	Zahl der Kurzzeitpflegeeinrichtungen (PE der KZP) *	Zahl der PE der KZP mit einer VV nach § 87b SGB XI **	Höhe des täglichen Vergütungszuschlages im Bereich KZP ***
					mit einer VV nach § 87b SGB XI **				
BW	1.589	1.464	3,02 - 5,77 (5,00)	757	438	3,51 - 5,77 (4,95)	59	30	3,02 - 5,77 (5,00)
BY	1.652	1.509	2,16 - 5,94 (4,53)	527	122	3,40 - 8,49 (6,02)	27	5	3,75 - 4,82 (4,37)
BE	290	285	4,69 - 4,79 (4,79)	90	67	6,43 - 7,99 (7,97)	25	16	5,21 - 5,21 (5,21)
BB	334	328	3,42 - 4,98 (4,29)	213	125	4,46 - 7,05 (5,45)	9	5	4,27 - 4,27 (4,27)
HB	98	98	3,51 - 4,52 (4,48)	39	39	3,65 - 6,49 (5,53)	21	21	3,65 - 4,52 (4,44)
HH	153	149	3,07 - 5,01 (4,62)	39	37	3,93 - 7,70 (6,99)	2	2	4,80 - 4,96 (4,88)
HE	813	767	2,71 - 5,78 (4,19)	263	142	3,94 - 7,96 (6,33)	37	21	3,28 - 5,30 (4,26)
MV	247	246	3,07 - 6,60 (4,13)	159	133	6,00 - 7,20 (6,56)	9	5	3,84 - 4,51 (4,08)
NI	1.483	1.458	2,50 - 5,95 (4,14)	471	332	3,50 - 6,50 (5,12)	48	40	3,20 - 5,15 (4,12)
NW	2.207	2.165	3,36 - 6,22 (4,61)	689	532	4,05 - 10,06 (6,86)	104	93	3,85 - 5,68 (4,37)
RP	462	442	3,68 - 5,12 (4,64)	296	31	5,37 - 6,94 (6,68)	11		
SL	158	154	3,45 - 4,93 (4,89)	53	37	5,25 - 6,91 (6,8)	37	33	3,45 - 4,93 (4,89)
SN	670	657	2,50 - 5,94 (3,81)	316	284	3,84 - 8,56 (5,75)	116	102	2,82 - 4,80 (3,78)
ST	457	445	2,95 - 5,33 (4,25)	194	135	4,80 - 7,70 (6,05)	13	9	3,07 - 6,18 (4,39)
SH	621	601	2,56 - 5,40 (4,15)	115	93	5,05 - 6,87 (6,30)	3		
TH	356	350	2,43 - 7,04 (4,00)	169	146	3,10 - 7,56 (5,63)	8	8	3,76 - 5,00 (4,35)
Gesamt	**11.590**	**11.118**	**2,16 - 7,04 (4,46)**	**4.390**	**2.693**	**3,10 - 10,06 (5,93)**	**529**	**385**	**2,82 - 6,18 (4,34)**

* hier: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen
** hier: Anzahl der Vergütungsvereinbarungen nach § 87b SGB XI
*** Angabe als Korridor des geringsten und höchsten Werts (Durchschnitt in Klammern); alle Angaben in EUR.

Quelle: Meldungen der Landesverbände der Pflegekassen

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 102: Anzahl der jährlich durchgeführten Pflegequalitätsprüfungen von MEDICPROOF- differenziert nach Leistungsbereichen (ambulant, stationär) und Prüfart

Pflegequalitätsprüfungen	ambulant				
	2011	2012	2013	2014	2015
insgesamt	307	1.164	1.167	1.256	1.332
Regelprüfung	305	1.146	1.136	1.228	1.308
Anlassprüfung	2	11	21	18	18
Wiederholungsprüfung	0	7	10	10	6
Pflegequalitätsprüfungen	**stationär**				
	2011	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
insgesamt	284	1.160	1.261	1.344	1.518
Regelprüfung	282	1.128	1.202	1.276	1.452
Anlassprüfung	2	30	47	60	49
Wiederholungsprüfung	0	2	12	8	17

Quelle: MEDICPROOF

orab-Fassung - wird durch lektorierte Verison ersetz

Tabelle 103: Investitionskostenförderung - Förderansatz, Fördervoraussetzung und Förderbereiche (Stichtag: 31.12.2015)

Land	Förderansatz		Bedarfslage als Fördervoraussetzung		Förderbereiche							
					vollstationäre Langzeitpflege					Kurzzeitpflege	teilstationärer Bereich	ambulanter Bereich
	Subjektförderung	Objektförderung	ja	nein	Herstellung / Erstausstattung	Wiederbeschaffung/ Ergänzung	Pauschal. Instandhaltung	tatsächliche Aufwendungen	„alte Last“			
BW	x		x								x	
BY		x[1]	x			x		x		x	x	x
BE		x		x						x	x	
BB	keine Förderung											
HB		x		x						x	x	
HH	x[2]	x[3]	x		x					x		x
HE		x[4]	x			x[5]				x[5]		
MV		x	x								x	x
NI		x		x					x	x	x	x
NW	x		x		x	x	x			x	x	x
RP	keine Förderung											
SL		x	x							x	x	
SN	keine Förderung											
ST	keine Förderung											
SH	x[6]	x[7]		x	x[8]					x[9]	x[9]	x
TH	x			x		x		x	x			

1 Es werden ausschließlich Darlehen für Ersatzneubau- und Modernisierungsmaßnahmen ausgereicht, die nicht mit staatlichen Fördermitteln zinssubventioniert sind.
2 nur noch im Rahmen individueller Besitzstandswahrung in vollstationären Pflegeeinrichtungen
3 nur für solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen und bei Einrichtungen zur Förderung von kleinräumigen, quartiersorientierten Wohn- und Versorgungsformen
4 nur Ersatzbauten und Kurzzeitpflegeplätze; keine Förderung mehr seit 01.01.2016
5 keine Förderung mehr seit 01.01.2016
6 stationäre Pflegeeinrichtungen
7 ambulante Pflegeeinrichtungen
8 bewohnerbezogener, einkommensabhängiger Zuschuss zu den gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen
9 bewohnerbezogener, einkommensunabhängiger Zuschuss zu den gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen

Quelle: Länderbefragung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 104: Investitionskostenförderung der vollstationären Pflege (einschl. eingestreute Kurzzeitpflege)

Bundesland	Jährliche Fördersumme in Euro				
	2011	2012	2013	2014	2015
BW	Keine Förderung vollstationärer Pflege				
BY	Keine Angaben über die Höhe der Förderung				
BE	Keine Förderung vollstationärer Pflege				
BB	Keine Förderung in allen Bereichen				
HB	463.775	181.896	Keine Förderung vollstationärer Pflege		
HH		410.000	49.000	25.500	25.500
HE	16.562.594	15.046.344	14.461.341	10.190.967	5.515.765
MV	Keine Förderung vollstationärer Pflege				
NI	Keine Angaben über die Höhe der Förderung („alte Last“)				
NW	Keine Angaben über die Höhe der Förderung				
RP	Keine Förderung in allen Bereichen				
SL	Keine Förderung vollstationärer Pflege				
SN	Keine Förderung in allen Bereichen				
ST	Keine Förderung in allen Bereichen				
SH	37.475.333	38.947.669	40.299.087	41.022.201	40.347.963
TH	1.724.849	1.405.580	961.560	805.773	463.346

Quelle: Länderbefragung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 105: Investitionskostenförderung der solitären Kurzzeitpflege

Bundesland	Jährliche Fördersumme in Euro				
	2011	2012	2013	2014	2015
BW	Keine Förderung der Kurzzeitpflege				
BY	Keine Angaben über die Höhe der Förderung				
BE	220.224	191.612	182.210	163.984	158.917
BB	Keine Förderung in allen Bereichen				
HB	1.401.311	766.119	604.942	527.392	534.130
HH	231.657	290.748	272.503	255.492	274.687
HE	Keine Angaben über die Höhe der Förderung				
MV	Keine Förderung der Kurzzeitpflege				
NI	4.219.744	1.763529	2.173.226	1.925.072	2.355.717
NW	Keine Angaben über die Höhe der Förderung				
RP	Keine Förderung in allen Bereichen				
SL	606.482	530.253	679.105	610.404	Keine Angaben über die Höhe der Förderung
SN	Keine Förderung in allen Bereichen				
ST	Keine Förderung in allen Bereichen				
SH	3.509.023	3.908.468	4.191.506	4.295.094	4.750.912
TH	Keine Förderung der Kurzzeitpflege				

Quelle: Länderbefragung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 106: Investitionskostenförderung der teilstationären Pflege

Bundesland	Jährliche Fördersumme in Euro				
	2011	2012	2013	2014	2015
BW	1.450.000	1.620.000	1.650.000	1.690.000	1.130.000
BY	Keine Angaben zur Höhe der Förderung				
BE	589.356	630.577	656.467	669.720	697.655
BB	Keine Förderung in allen Bereichen				
HB	727.018	752.580	868.996	838.377	787.172
HH	Keine Förderung teilstationärer Pflege				
HE	Keine Förderung teilstationärer Pflege				
MV	434.595	165.500	232.940	290.000	307.220
NI	5.649.647	6.810.619	7.978.813	9.613.396	10.900.228
NW	Keine Angaben zur Höhe der Förderung				
RP	Keine Förderung in allen Bereichen				
SL	242.971	239.124	350.428	397.159	Keine Angaben zur Höhe der Förderung
SN	Keine Förderung in allen Bereichen				
ST	Keine Förderung in allen Bereichen				
SH	1.329.657	1.444.437	1.552.890	1.806.467	2.093.994
TH	Keine Förderung teilstationärer Pflege				

Quelle: Länderbefragung

orab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetz

Tabelle 107: Investitionskostenförderung der ambulanten Pflege

Bundesland	Jährliche Fördersumme (in Euro)				
	2011	2012	2013	2014	2015
BW	Keine Förderung ambulanter Pflege				
BY	Keine Angaben zur Höhe der Förderung				
BE	Keine Förderung ambulanter Pflege				
BB	Keine Förderung in allen Bereichen				
HB	Keine Förderung ambulanter Pflege				
HH	Keine Angaben zur Höhe der Förderung				
HE	Keine Förderung ambulanter Pflege				
MV	Keine Angaben zur Höhe der Förderung				
NI	25.092.000	24.733.973	25.735.557	26.712.733	27.151.702
NW	Keine Angaben zur Höhe der Förderung				
RP	Keine Förderung in allen Bereichen				
SL	Keine Förderung ambulanter Pflege				
SN	Keine Förderung in allen Bereichen				
ST	Keine Förderung in allen Bereichen				
SH	4.360.022	4.391.029	4.585.542	4.883.361	5.265.158
TH	Keine Förderung ambulanter Pflege				

Quelle: Länderbefragung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 108: Förderung der Länder nach Trägerschaft (privat, freigemeinnützig, öffentlich)

Bundesland	Anteile der Förderung auf die verschiedenen Trägerschaft														
	2011 (in Prozent)			2012 (in Prozent)			2013 (in Prozent)			2014 (in Prozent)			2015 (in Prozent)		
	privat	freigemein-nützig	öffentlich	privat	freigemein-nützig	öffentlich	privat	freigemein-nützig	öffentlich	privat	freigemein-nützig	öffentlich	privat	freigemein-nützig	öffentlich
BW	95,4	-	4,6	-	79,9	20,1	-	81,7	18,3	27,8	45,6	26,6	23,0	34,5	42,5
BY	Keine Angaben														
BE	47,2	52,0	0,8	47,3	52,0	0,8	49,3	49,8	0,9	48,3	50,8	0,9	49,9	48,9	1,2
BB	Keine Förderung														
HB	15,1	84,9	-	14,7	85,3	-	13,8	86,2	-	14,3	85,7	-	14,1	85,9	-
HH	-	100	-	-	100	-	-	100	-	-	100	-	-	100	-
HE	Keine Angaben														
MV	75,0	25,0	-	66,7	33,3	-	75,0	25,0	-	-	100	-	66,7	33,3	-
NI	Keine Angaben														
NW	Keine Angaben														
RP	Keine Förderung														
SL	9,1	90,9	-	13,2	86,8	-	12,7	83,3	-	12,2	87,8	-	Keine Angaben		
SN	Keine Förderung														
ST	Keine Förderung														
SH	Keine Angaben														
TH	23,2	76,8	-	25,8	74,2	-	21,1	78,9	-	25,6	74,4	-	21,1	78,9	-

Quelle: Länderbefragung

Vorab-Fassung, wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 109: Abbruch der Altenpflegeausbildung ohne Berufsabschluss

Bundesland	Abbruchquote
BW	9,4 % (Schuljahr 2014/15)
BY	12 %
BE	9,3 % (Schuljahr 2014/2015)
BB	33 % (2011); 38 % (2012)
HB	12 % (durchschnittlich im Jahr)
HH	12 %[1]
HE	k. A.
MV	k. A.
NI	20-25 % (über Jahre verteilt)
NW	7,5 % (2011); 7 % (2012); 8 % (2013); 9 % (2014); 9 % (2015)
RP	Altenpfleger/in: 34,6 % (Ende Schuljahr 2014/2015) Altenpflegehelfer/in: 34,0 % (Ende Schuljahr 2014/2015)
SL	k. A.
SN	20 %
ST	k. A.
SH	k. A.
TH	13 % (Schuljahr 2014/15)

[1] Bezogen auf die Gesamtzahl der Auszubildenden der vergangenen drei Jahre 12 Prozent, wobei diese Zahl deutlich rückläufig ist.

Quelle: Länderbefragung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 110: Finanzierung der Altenpflegeausbildung in den Bundesländern (Stand: 2015)

Bundesland	Schulgeld			Ausbildungsplätze	
	nein	ja	durchschnittliches monatliches Schulgeld in Euro	Anzahl kostenpflichtiger Ausbildungsplätze	Anzahl kostenfreier Ausbildungsplätze
BW	x[1]		-	-	-
BY	x[2]		-	-	-
BE		x[3]	126,00 (Vollzeit) 111,00 (Teilzeit, berufsbegleitende Ausbildung)[4]	2.945 (Stand Oktober 2015)	45 (Stand Oktober 2015)[5]
BB	x[6]		-	-	-
HB	x[7]		-	-	-
HH		x	75,00	x[8]	x[9]
HE	x		-	-	-
MV		x	131,43 (Schuljahr 2014/2015)	407 (Schuljahr 2014/15) an staatlich anerkannten Schulen in privater Trägerschaft	341 (Schuljahr 2014/15) an öffentlichen Schulen
NI	x[10]		-	-	-
NW	x[11]		-	-	-
RP	x		-	-	-
SL	x[12]		-	-	-
SN		x[13]	85,00	x[14]	x[15]
ST		x	k.A.	2.588 (Schuljahr 2015/2016)	515 (Schuljahr 2015/2016)
SH	x[16]		-	-	-
TH		x	k.A.[17]	1.542	406

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

				(an Schulen in freier Trägerschaft am 01.11.2015)	(an staatlichen Schulen am 01.11.2015)

1 Es gab keine „Abschaffung" der Schulgeldpflicht durch staatliche Regelung, sondern Anhebung der Privatschulförderung auf ca. 80Prozent der Bruttokosten einer öffentlichen Schule, derzeit Jahrespauschale von 5.477 Euro pro Schüler. Schulgeld ist daher zur Finanzierung nicht erforderlich.
2 Schulgeldpflicht wurde 2013 abgeschafft.
3 Im Jahr 2015 und bis zum bis zum 31.08.2016; das Schulgeld entfällt ab dem 01.09.2016.
4 Zahlen basieren auf einer Erhebung im März 2015.
5 Freie Kapazitäten sind vorhanden.
6 Es bestand noch nie eine Schulgeldpflicht.
7 Schulgeldpflicht wurde 1997 abgeschafft.
8 Es werden so viele Plätze geschaffen, wie nachgefragt werden.
9 Es werden so viele kostenfreie Plätze an staatlichen Berufsschulen geschaffen, wie kostenfreie Plätze nachgefragt werden.
10 Zum 01.08.2012 Übernahme des Schulgeldes als freiwillige Leistung des Landes über eine Förderrichtlinie; damit faktische Schulgeldfreiheit; Rechtsanspruch über eine gesetzliche Regelung ab 01.02.2015.
11 Bereits die Förderrichtlinie von 2002 sieht vor, dass kein ergänzendes Schulgeld erhoben wird. Im Jahr 2015 wurde ein gesetzlicher Anspruch auf eine Schulkostenpauschale eingeführt. Die Gewährung setzt voraus, dass kein Schulgeld erhoben wird.
12 Schulgeldpflicht wurde Anfang 1995 abgeschafft.
13 Nach dem Sächsischen Gesetz über Schulen in freier Trägerschaft steht es den Schulen frei, ein Schulgeld zu erheben. Durch die im August 2015 in Kraft getretene Förderrichtlinie „Ausbildungszuschuss Altenpflege“ besteht jedoch faktisch Schulgeldfreiheit. Rückwirkend können bis zu 85 Euro monatlicher Schulkosten an den Antragsteller, d.h. den Auszubildenden, erstattet werden.
14 ungedeckelte Anzahl von Ausbildungsplätzen an Schulen in freier Trägerschaft
15 Kontingent an öffentlichen Berufsfachschulen für Altenpflege wird nicht ausgeschöpft
16 Eine generelle Schulgeldpflicht hat nie bestanden.
17 Eine erste Erfassung über das Schulgeld an allen aktuell genehmigten Bildungsgängen an privaten Ersatzschulen wird im Juni 2017 erhoben.

Quelle: Länderbefragung

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Tabelle 111: Linkliste zu Landesgesetzen zur Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen

www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/index.php

Bundesland	Link zum Gesetz
Baden-Württemberg	www.anerkennung-in-deutschland.de/media/landesanerkennungsgesetz_baden_wuerttemberg.pdf
Bayern	https://www.anerkennung-in-deutschland.de/library/gvbl_2013_14_baybqfg.pdf
Berlin	www.anerkennung-in-deutschland.de/media/BE-GVBl_4-14_vom_19-02-2014.pdf
Brandenburg	http://www.landtag.brandenburg.de/sixcms/detail.php/bb1.c.342294.de?_referer=
Bremen	https://ssl.bremen.de/senatskanzlei/sixcms/media.php/13/2014_02_05_GBl_Nr_0013_BremG+Anerkennung+ausl%E4ndi-scher+Berufsquali_signed.pdf
Hamburg	www.luewu.de/gvbl/2012/28.pdf
Hessen	http://www.rv.hessenrecht.hessen.de/lexsoft/default/hessenrecht_rv.html#docid:5422884,1,20160217
Mecklenburg-Vorpommern	http://www.anerkennung-in-deutschland.de/media/gs_meckl_vorp.pdf
Niedersachsen	http://www.ms.niedersachsen.de/download/73683
Nordrhein-Westfalen	https://recht.NW.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?anw_nr=6&vd_id=13881&ver=8&val=13881&sg=2&menu=1&vd_back=N
Rheinland-Pfalz	http://www.landesrecht.rlp.de/jportal/portal/t/14jk/page/bsrlpprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Treffer-liste&documentnumber=1&numberofresults=28&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-BQFGRPrah-men&doc.part=X&doc.price=0.0&doc.hl=1#focuspoint
Saarland	http://www.landtag-saar.de/Dokumente/Gesetze/G1785.pdf

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

Bundesland	Link zum Gesetz
Sachsen	http://www.revosax.sachsen.de/Text.link?stid=30127&jlink=a1
Sachsen-Anhalt	https://www.anerkennung-in-deutschland.de/media/anerkg_lsa_v240614_gvbl_s_350.pdf
Schleswig-Holstein	http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=BQFG+SH&psml=bsshoprod.psml&max=true&aiz=true
Thüringen	http://landesrecht.thueringen.de/jportal/portal/t/l7b/page/bsthueprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Treffer-liste&documentnumber=1&numberofresults=27&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-BQFGTHrahmen&doc.part=X&doc.price=0.0&doc.hl=1#focuspoint

Vorab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetzt

orab-Fassung - wird durch lektorierte Version ersetz

Dokumentenname	6. Pflegebericht_ID
Ersteller	BMG
Stand	06.12.2016 09:47